

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

KYSTES PARA-OVARIENS

ET A LA TORSION DE LEUR PÉDICULE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 7 Décembre 1925

PAR

Élie-Charles FAZEUILLES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE,

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX,

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Né à CARBONNE (Haute-Garonne), le 11 août 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0099

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES PARA-OVARIENS
ET A LA TORSION DE LEUR PÉDICULE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 7 Décembre 1925

PAR

Élie-Charles FAZEUILLES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE,

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX,

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Né à CARBONNE (Haute-Garonne), le 11 août 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
anatomie médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
anatomie chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
anatomie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
anatomie d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..	DUVERGEY.
médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
radiologie et clin. d'électricité médicale.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
anatomie et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

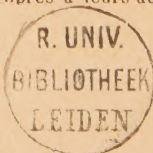
	MM.		MM.
anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU
anatomie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
anatomie dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

C'est à vous que je dois tout. Acceptez
la première dédicace de ce modeste travail
en témoignage de ma profonde affection et
de mon éternelle reconnaissance pour les
sacrifices que vous vous êtes imposés pour
moi.

A MON FRÈRE JEAN

A MES PARENTS ET A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE ET DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUX

*Sous-directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES AMIS DU CLUB ALPIN

DE LA SECTION DES PYRÉNÉES CENTRALES

A MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

En ce jour, qui consacre la fin de nos études médicales, aurore d'une vie de lutte et de responsabilité, nous nous faisons un devoir de venir ici apporter à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux toute notre reconnaissance et nos remerciements pour l'enseignement théorique et pratique reçu d'eux.

Notre souvenir se porte tout d'abord vers nos maîtres de la Faculté de Toulouse : les professeurs Mossé, Mériel, Dambrin et Raymond qui guidèrent nos premiers pas dans l'étude de cette noble science.

Dès notre arrivée à Bordeaux, un stage à l'Hôpital des Enfants nous permit d'apprécier les leçons cliniques du professeur Rocher qui nous montra les résultats encourageants de l'orthopédie française.

Nous passâmes ensuite trop rapidement dans les cliniques de dermatologie et d'accouchements.

Un séjour de deux mois dans le service de gynécologie du professeur Bégouin nous fit remarquer son enseignement et nous y revînmes plus tard comme externe. Par la minutie dans la prise des observations, il nous apprit à distinguer l'essentiel de l'accessoire et à préciser le diagnostic.

Pendant deux mois, bien courts, hélas ! nous restâmes attaché au professeur Guyot dont nous n'oublierons jamais la méthode dans l'examen du malade, ni l'enseignement thérapeutique précieux à la salle d'opérations, non plus que le bon accueil qu'il réservait à ses élèves. Qu'il nous permette de lui renouveler ici toute notre gratitude et le remercier d'avoir accepté la présidence de notre thèse, après nous en avoir fourni les éléments.

Notre dernière année de médecine était commencée, et nous fûmes obligé de rejoindre l'Hôpital Saint-André, où nous retrouvâmes le professeur Bégouin en chirurgie générale pendant un second stage d'externe.

De là nous sommes passé en médecine dans le service du professeur Cassaët pour nous perfectionner dans l'étude de la pathologie interne sous la direction du professeur agrégé Bonnin.

Ce dernier stage fut très écourté, d'une part par les vacances scolaires, d'autre part par la soutenance de notre thèse. Des obligations militaires, en effet, nous appellent sous d'autres cieux et ce n'est pas sans regrets que nous allons quitter l'Université de Bordeaux. La bienveillance de nos maîtres s'est montrée égale à la solidité de leur enseignement, et l'application de celui-ci trouvera toujours en notre mémoire l'écho ému de celle-là.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES PARA-OVARIENS
ET A LA TORSION DE LEUR PÉDICULE

HISTORIQUE

Il y a à peine un siècle les kystes para-ovariens étaient aussi ignorés que du temps de Galien. Il faut arriver en 1825 pour entendre Velpeau, dans un mémoire qu'il présenta à la Société de Chirurgie, parler pour la première fois des « kystes rudimentaires extra-ovariques ». Cet auteur décrivait sous ce nom de petites poches remplies d'un liquide séreux, parfois sanguinolent, contenues dans le ligament large. Peu après, Richard Bright fit une étude sur les « petits kystes du ligament large », et Cazeaux, en 1844, reconnaît « la grande difficulté de diagnostic d'avec les kystes de l'ovaire ».

En 1830, Follin, dans sa thèse de doctorat, commence à émettre une idée pathogénique : « Les kystes para-ovariens sont dus à une accumulation de liquide dans les canalicules de l'organe de Rosenmüller. »

Deux ans plus tard, Verneuil confirme les idées de Follin devant la Société de Chirurgie, dans un rapport sur les « kystes de l'organe de Wolf ».

Broca et Vegas étudient plus particulièrement la question anatomo-pathologique. Kœberlé, en 1873, in *Gazette de Stras-*

bourg, apporte trois observations. Panas préconise la ponction qu'il aurait pratiquée sur cinq malades; toutes furent guéries. En 1882, Duplay, dans ses « Leçons cliniques », de l'Hôpital Saint-Louis, et dans le *Progrès médical*, s'occupe de la symptomatologie et discute le diagnostic.

Terrillon, Terrier, Just, Lucas-Championnière combattent les idées de Panas et de Duplay sur la ponction comme moyen de traitement. Plus récemment De Sinéty considère les kystes para-ovariens comme des épithéliomas mucoïdes développés sur des ovaires surnuméraires inclus dans le tissu cellulaire du ligament large. Mangin émet d'autres idées pathogéniques; puis apparaissent les thèses de Laroche, 1896; de Raimondi, 1897. Toutefois, Binaud et Chavannaz publient, les premiers en France, 1895, in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, la première observation d'un kyste para-ovarien à pédicule tordu.

En 1898, Bouilly, apportant d'autres observations, fit paraître dans *La Gynécologie* la première étude sur cette complication des kystes para-ovariens.

Entre temps, à l'étranger, on s'occupe de la question : Spencer Wells, Bantok, Lawson-Tait, Alban Donan en Angleterre, publient des observations et émettent eux aussi leurs idées.

Spiegelberg, en Allemagne; Schroeder et Säuger (traitement, opération), Fischel (structure), Ampt (histologie du parovaire et kystes du ligament large), Güsserow (division pathégonique, d'après leurs volumes : les petits qui auraient pour point de départ l'organe de Rosenmüller, et les gros qui seraient des kystomes), font paraître également leurs travaux.

En Suisse (Müller, Kocher), en Amérique (Washington Alice, Goodell Palmer), en Belgique (Depage, Godard), partout on s'occupe de la question.

Enfin, parmi nos contemporains, citons les noms de Lérivain (thèse Paris, 1904, premier travail d'ensemble), Tourneux, Tédénat, Rioms, Mériel, Bégouin, Agostini qui, soit par leurs travaux soit par leurs observations, ont apporté des lumières dans l'étude de cette question si délicate de la torsion des kystes para-ovariens.

ANATOMIE. — EMBRYOLOGIE

L'anatomie est la base de la chirurgie. Les médecins de tout temps sont d'accord sur l'immuabilité de ce principe et, de fait, les premiers grands maîtres de cette noble science n'ont-ils pas été avant tout des anatomistes érudits, dont les noms figurent à chaque page de nos manuels ? Aussi, croyons-nous utile, avant d'aborder ces quelques considérations pathologiques sur l'étude des kystes para-ovariens, de rappeler, en quelques mots, la morphologie et la situation anatomique de cet organe, ce qui, d'autre part, nous éclairera sur sa pathogénie et sur son évolution clinique.

Le parovaire n'est pas chez la femme adulte un organe à proprement parler, mais plutôt le reliquat d'un organe, le vestige d'une formation qui, chez le fœtus, s'explique très bien si on suit son évolution depuis les premiers moments de la vie intra-utérine. De sorte que l'étude anatomique du parovaire est presque impossible si on ne connaît pas son histoire ontogénique. C'est pourquoi, nous allons, au début, rappeler brièvement nos connaissances actuelles sur ce chapitre d'embryologie.

Embryologie.

Des trois feuillets anatomiques : ectoderme, endoderme, mésoderme, qui, dans les premiers jours de la vie intra-utérine, constituent l'être humain, c'est le dernier formé, le mésoderme, qui donne naissance à un véritable organe très important : le corps de Wolf. C'est, disons-le tout de suite, ce corps de Wolf, qui, plus tard, chez le fœtus, se différenciera pour donner naissance au rein.

Mais si, auparavant, dès la sixième semaine (Tourneux), on examine attentivement à la loupe ce corps de Wolf, on peut apercevoir sur sa face interne une saillie à laquelle il est uni par un méso. Cette saillie, c'est la glande génitale, qui, à son tour, va évoluer progressivement pour son propre compte, pour devenir, soit un testicule, soit un ovaire.

Pendant ce temps, le corps de Wolf, pour arriver au stade de rein définitif, passe par trois phases : 1° le pronéphros ; 2° le mésonéphros ; 3° le métanéphros.

Premier stade. — Le pronéphros est représenté par un petit nombre de tubes qui s'ouvrent par chacune de leurs extrémités : d'une part dans la cavité coelomique, d'autre part dans un conduit commun : le canal de Wolf, qui descend ensuite verticalement dans toute la longueur du corps de l'embryon pour déboucher sur les parois latérales du cloaque.

Troisième stade. — Le métanéphros forme le rein définitif ; il n'a aucun intérêt pour nous, aussi nous n'insisterons pas sur son évolution. Nous nous arrêterons au contraire, un peu plus longtemps, à la seconde période d'évolution du corps de Wolf : le mésonéphros.

Deuxième stade. — Le mésonéphros, qui prend naissance immédiatement au-dessous du pronéphros, se développe au fur et à mesure que celui-ci s'atrophie et disparaît. Il est formé, lui aussi, d'une série de canalicules, une quinzaine environ, parallèles entre eux, situés les uns au-dessus des autres et qui viennent tous déboucher latéralement dans ce même canal de Wolf où aboutissaient, au stade précédent, les petits tubes du pronéphros. Physiologiquement et embryologiquement, cet ensemble de canaux du mésonéphros se divise en deux portions : une portion génitale ou sexuelle, la plus élevée ; une portion urinaire, située immédiatement au-dessous. Les tubes de la portion génitale, par leur extrémité libre, l'autre extrémité s'abouchant dans le canal de Wolf, se ramifient et s'anastomosent dans le méso qui relie le mésonéphros à l'organe sexuel et cela quel que soit l'organe, mâle ou femelle. C'est le *stade indifférent* des auteurs. Chez le mâle, la partie sexuelle du corps de Wolf persiste dans toute son intégrité ; les canalicules

wolfiens se transforment en cônes efférents du testicule. Le canal de Wolf, où ils se jettent, dans son segment supérieur constitue alors le canal de l'épidyme, tandis que, par son segment inférieur, il formera le canal déférent.

Chez la femelle, ce réseau s'atrophie et, de tous ces canalicules de la portion génitale, il ne reste que quelques vestiges (partie supérieure du canal de Wolf et extrémité afférente des tubes dont la portion réticulée disparaît entièrement) qui constituent le corps de Rosenmüller.



- A. — *Stade indifférent*. — 1. Canal de Müller; 2. Canal de Wolf; 3. Portion réticulée des canalicules du corps de Wolf dans sa portion génitale; 4. Canalicules de la portion urinaire du corps de Wolf; 5. Glande génitale dont les cordons ovigènes, issus de l'épithélium germinatif périphérique, vont se fusionner avec le réticulum des canalicules 3.
- B. — *Stade définitif*. — 1. Canal de Müller; 2. Canal de Wolf atrophié; 3. Vésicules du parovaire; 4. Ovaire et canaux de Valentin Pflüger; 5. Corps de Rosenmüller (la portion réticulée des canalicules a disparu complètement); 6. Hydatide pédiculée; 7. Cloaque (utérus).

Quant au segment inférieur du canal de Wolf, situé au-dessous de l'organe de Rosenmüller, il s'atrophie normalement chez la femme, mais peut persister exceptionnellement en certains points; c'est à ces vestiges du canal de Wolf qu'il faut attribuer la plupart des kystes développés dans la paroi antéro-latérale de l'utérus et du vagin. De même, c'est l'extrémité supérieure de ce même canal qui peut persister chez l'adulte et donner naissance à ce qu'on a appelé : *l'hydatite pédiculée*.

Les petits canicules de la portion urinaire du corps de Wolf,

eux, ne s'anastomosent pas comme leurs voisins; ils restent indépendants les uns des autres et finissent même par se séparer du canal de Wolf. Ils affectent alors la forme de vésicules disséminés, ou de petits tubes isolés, plus ou moins pelotonnés sur eux-mêmes, que l'on peut retrouver à côté de l'organe de Rosenmüller, chez l'adulte : c'est là le vrai parovaire.

Anatomie.

Un mot d'abord pour préciser les diverses dénominations que l'on a données à cet organe, car tous les auteurs ne sont pas d'accord là-dessus et leur nomenclature peut paraître contradictoire à première vue. C'est ainsi que Rufier désigne le corps de Rosenmüller sous le nom de parovaire. C'est là une confusion, croyons-nous, commise dans l'appellation de ces organes due à ce que Kobelt (1847) et His, en 1868, avaient désigné le corps de Rosenmüller, en l'étudiant, par le nom de « parovarium »; or, ces auteurs comprenaient sous cette dénomination à la fois les vestiges de la portion génitale du corps de Wolf (la plus importante, celle qui donne naissance au corps de Rosenmüller) et ceux de la portion urinaire, qui deviennent le vrai parovaire ou paroophore, suivant la terminologie classique adoptée depuis Waldeyer, lequel attribue à l'organe de Rosenmüller le nom d'époophore. Et ce n'est que par extension que l'on désigne, sous le nom de parovaire, l'ensemble des formations para-ovariennes dérivant du corps de Wolf.

Aussi, pour éviter cette confusion possible, certains auteurs étudiant les kystes développés aux dépens de ces organes les ont envisagés uniquement au point de vue anatomique et les ont dénommés : *kystes du ligament large*.

Le corps de Rosenmüller est représenté, chez la femme adulte, par un ensemble de canalicules situés sur un même plan vertical, compris, d'une part, entre les deux feuillets du ligament large, dans la portion qui forme le méso de la trompe, et, d'autre part, entre cette dernière et l'ovaire. Au nombre

de quinze à vingt, ces petits tubes naissent, par autant de petits culs-de-sac, au niveau du hile de l'ovaire et, de là, divergent en éventail pour s'aboucher, après un trajet plus ou moins sinueux, dans un canal collecteur qui leur est commun et situé immédiatement au-dessous de la trompe, parallèlement à celle-ci. Ce canal collecteur se termine le plus souvent en cul-de-sac à ses deux extrémités; il représente le vestige de la portion supérieure du canal de Wolf.

Comme nous l'avons vu, le parovaire au sens absolu du mot, le paroophore de Waldeyer représente chez l'adulte les rudiments de la portion urinaire du corps de Wolf. Du reste, son existence est discutée. Admise par tous les auteurs chez le fœtus et chez l'enfant, jusqu'à la première année (il est alors visible à l'œil nu), il ferait la plupart du temps complètement défaut chez l'adulte pour certains (Tourneux, Wichser), ou persisterait pour d'autres (Valentin, Riecker). Quoi qu'il en soit, cet organe fut décrit pour la première fois, chez la poule, par His, en 1868. Plus tard, Waldeyer (1870) le différencia chez les mammifères. Il apparaît chez ces derniers comme un amas de granulations jaunes ou brunâtres, situées dans l'épaisseur du ligament large entre les deux feuillets du mésosalpinx, et un peu en dedans du corps de Rosenmüller, entre celui-ci et l'utérus. Au microscope ces granulations sont composées de tubes ou de vésicules tapissées d'un épithélium cylindrique simple à cils vibratiles. Ces vésicules contiennent dans leur intérieur un liquide clair souvent chargé de cristaux de cholestérine ou de gouttelettes graisseuses (Tourneux) et même de concrétion de phosphate de chaux (Roth).

Switalski admet que cet épithélium de revêtement des cavités du paroophore est soutenu par deux couches musculaires. Toutes ces vésicules ne sont pas réunies et agglomérées pour former un tout bien individualisé. On peut en rencontrer par-ci par-là dans tout le ligament large. Ces granulations, lorsqu'elles atteignent l'utérus, sont immédiatement situées au-dessous du péritoine qui le recouvre (Recklinghausen) d'où la possibilité du développement de kystes uniloculaires de l'utérus (adénomyomes mésonéphriques de Pick).

ETIOLOGIE

L'étiologie est une question très délicate en matière de kyste para-ovarien à pédicule tordu. Etablir le pourquoi et le comment des choses n'est pas toujours facile, même en chirurgie, et surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs, la plupart du temps développées incidemment, sans cause apparente. Tout au plus si nous pouvons indiquer les conditions dans lesquelles se manifeste cette activité subite d'un organe jusqu'alors dépourvu de fonctions. Toutefois, il semblerait, d'après Hartmann, que l'inflammation de l'utérus et des annexes soit susceptible d'exciter la vitalité de ces vestiges embryonnaires situés dans leur voisinage immédiat, au moins en ce qui concerne les kystes hyalins.

Certains auteurs ont incriminé la grossesse et l'accouchement : nous avons, en effet, relevé des grossesses arrivées à terme ou des fausses-couches dans 22 observations sur 36.

Cet état agit-il par infection si réellement il exerce une influence dans l'étiologie des kystes para-ovariens ? Beaucoup le nient, bien que Follin ait trouvé chez plusieurs femmes mortes en période de couches l'organe de Rosenmüller rouge et tuméfié.

Les fonctions sexuelles ne semblent pas jouer un grand rôle. Les malades de Cushier et de Cortiquera étaient vierges toutes deux. Celles de Loubat et de Vauverts étaient ménopausées respectivement depuis huit ans et six ans. Ce qui ne les empêcha pas de faire des accidents de torsion pédiculaire, sauf la malade de Cortiquera, qui n'accusa aucun symptôme douloureux ou réactionnel bien que son kyste eut subi une rotation de deux tours de spire sur lui-même.

De fait, on peut observer ces néoformations à tous les âges. Bien qu'il y ait des cas exceptionnels, tels la malade de Kœberlé, 15 ans; celle de Lawson-Tait, 11 ans, par opposition à celle de Terrillon, 70 ans, et de Schramm, 73 ans; la moyenne des cas s'observe entre vingt et quarante ans. Là, les chiffres que nous avons obtenus dans notre statistique, qui ne visait, il est vrai, que les kystes à pédicule tordu. Sur 34 cas nous avons trouvé :

Au-dessus de 20 ans, 2 observations;
Entre 20 et 29 ans, 18 observations;
Entre 30 et 39 ans, 8 observations;
Entre 40 et 49 ans, 3 observations;
Au-delà de 50 ans, 3 observations.

Ces kystes, autrefois considérés comme très rares, sont, maintenant qu'on peut les opérer, plus souvent reconnus. D'après la statistique de Lesaire, les kystes para-ovariens seraient, comparativement aux kystes de l'ovaire, dans la proportion de 5 à 7 0/0. Lawson-Tait, sur 1.000 laparotomies, note 65 kystes para-ovariens et, sur ces 65, deux seulement sont tordus. Oelhsausen les rencontra 32 fois sur 284 ovariotomies, soit : 11,3 0/0; c'est la statistique admise par Pozzi. Péan, dans son *Traité sur les tumeurs de l'abdomen*, sur 673 ouvertures faites pour des kystes, en a seulement 59 dans les ligaments larges, soit : 8,6 0/0.

On le voit, l'étiologie est très pauvre en renseignements sur cette question.

Au chapitre suivant, nous nous étendrons plus longuement sur les causes de la torsion pédiculaire.

PATHOGENIE

La diversité des appellations sous lesquelles on a désigné les kystes para-ovariens (ajoutons : les « œufs pédiculés du ligament large » de Lieutaud, les « kystes du corps de Wolf » de Verneuil, « les kystes rudimentaires extra-ovariques » de Velpeau) montre que l'unité des idées pathogéniques n'est pas encore bien établie. Nombreuses théories ont été échaffaudées pour expliquer la formation de ces tumeurs. Nous ne ferons pas ici la critique de chacune d'elles; nous nous contenterons de les énumérer pour passer ensuite à l'étude de la torsion du pédicule.

1° Ces formations sont des kystes par rétention, ayant pris naissance dans les canalicules du corps de Rosenmüller, dont les cellules de revêtement interne joueraient le rôle de glande; leur produit de sécrétion tombe dans la lumière de ces tubes fermés à leurs deux extrémités et s'y accumulerait en distendant leur paroi. Follin, Verneuil, Terrillon, Kœberlé sont les défenseurs de cette théorie qui, du reste, est admise par la plupart des médecins.

2° Waldeyer, bien que reconnaissant l'origine wolffienne de ces kystes, les fait parvenir, non de la portion génitale, mais de la portion urinaire du corps de Wolf. Nous avons vu, en étudiant l'anatomie, ce qu'il fallait penser de cela. Quoi qu'il en soit, hydropisie d'un vestige de la portion urinaire ou de la portion génitale, il est logique d'admettre que plusieurs de ces résidus peuvent à la fois subir la transformation kystique, ce qui, du reste, est tout à fait exceptionnel, mais qui expliquerait l'observation de Péraire : «...A la laparotomie

on trouve une première poche kystique dont on retire un litre et demi de liquide citrin, adhérente au cæcum et au côlon ascendant et transverse, pédicule tordu cinq fois sur lui-même. Le premier kyste vidé, on en trouve un second, rétro-utérin, adhérent à l'excavation et à la vessie... ».

3° D'autres auteurs, Schutz, Spencer Wells, Backer, incriminent plutôt un ovule ou une vésicule de De Graaf, qui se serait détachée de l'ovaire et se serait isolée dans le ligament large où elle aurait subi une dégénérescence kystique, suivant le même processus que l'on rencontre dans l'ovarite scléro-kystique.

4° Malassez et Desinéty veulent voir là de simples kystes de l'ovaire qui se développeraient sur des ovaires surnuméraires et dont la pathogénie s'expliquerait, dès lors, par la prolifération des éléments épithéliaux profonds contenus dans l'organe, lesquels siègeraient dans l'intérieur du stromaovarien, grâce à l'invagination au cours de la vie embryonnaire de l'épithélium germinatif situé à la périphérie. Ces cellules épithéliales prolifèrent et sécrètent. C'est, en somme, un véritable épithélioma kystique, cliniquement bénin, auquel on a affaire. Malgré cela, on ne sait rien de la cause première qui détermine la prolifération.

5° Albân Dorran admet que beaucoup de ces kystes sont produits par l'accumulation de liquide dans des cavités accidentelles formées aux dépens du tissu cellulaire interposé entre les deux feuillets du ligament large (fréquent) ou du tissu conjonctif compris entre la séreuse péritonéale et la trompe (rare). Il y aurait, d'après cet auteur, une ressemblance très grande entre ces kystes para-ovariens et les kystes à parois minces qui se développent dans le péritoine, kystes épiploïques, kystes mésentériques, kystes sous-séreux de l'intestin grêle, par un mécanisme analogue à celui qui engendre les bourses séreuses sous-cutanées.

A côté de cette variété, que Dorran appelle les *kystes séreux simples à parois minces*, ce même auteur classe une autre variété de kystes para-ovariens qui, eux, dériveraient des tubes

verticaux du corps de Rosenmüller : ce sont les *grands kystes papillomateux du ligament large*.

6° Enfin, d'autres auteurs comprennent, sous le nom de kystes para-ovariens, une simple hydropisie de l'hydatide de Morgagni, qui existerait une fois sur cinq d'après Luska.

Disons un mot, en terminant, sur une autre variété des kystes para-ovariens, bien plus rare et de pathogénie différente; nous voulons parler des kystes dermoïdes. En effet, il existe à côté des kystes hyalins ou mucoïdes, qui nous ont occupé jusqu'à présent, d'autres malformations absolument identiques aux kystes dermoïdes de l'ovaire et sur lesquelles des théories séduisantes ont été élaborées. Les théories de l'enclavement (Verneuil) et de la parthogénèse (Mathias Duval) semblent avoir cédé le pas à la théorie de Roux sur le rôle des blastomères, cellules primitives, nées lors de la segmentation initiale de l'ovule. Une de ces cellules peut s'enclaver en un point quelconque de l'organisme et conserver là sa puissance évolutive, à l'état latent, pendant plus ou moins longtemps. Puis, sous l'influence d'une cause encore inconnue, ce blastomère se développe subitement et évolue pour son propre compte, comme il l'aurait fait au début de vie embryonnaire. Ainsi se produit un véritable tératome, parfois même un embryon rudimentaire incomplet.

Pathogénie de la torsion. — Pourquoi et comment se produit la torsion ? Telles sont les deux questions que nous allons essayer de résoudre en terminant ce chapitre de pathogénie.

En général, pour qu'une tumeur pédiculée puisse se tordre, il faut que certaines conditions favorables entrent en jeu. Ces conditions sont : les unes intrinsèques, relevant de la tumeur elle-même et de son pédicule; les autres extrinsèques, peut-être moins importantes, mais jouant le rôle de cause adjuvante, dont l'influence apparaît si nettement dans certaines observations. Parmi ces causes intrinsèques nécessaires, il y a lieu de citer d'abord le volume du kyste, qui doit être assez considérable, car le pédicule, ne l'oublions pas, est constitué par une portion du feuillet du ligament large qui s'est étiré

sous la traction exercée par le kyste. Les kystes de petit volume sont généralement sessiles parce que, tirant peu sur le ligament large à cause de leur faible poids, ils gardent un pédicule court, condition défavorable à la torsion, contrairement aux kystes volumineux et lourds, qui étirent peu à peu le feuillet péritonéal en se formant un pédicule long.

Celui-ci, de plus, doit être aussi grêle que possible pour permettre la rotation axiale. Si, en effet, la base d'implantation est large, on aura plutôt affaire à des mouvements de va et vient, des mouvements de pendule, comme autour d'une charnière, lorsque le kyste se mobilisera. Toutefois, il ne faut pas croire que ces deux conditions : volume du kyste et gracilité de son pédicule, soient indispensables. C'est ainsi que Pierre Sikora rapporte le cas d'un pédicule tordu deux fois sur son axe et qui avait six centimètres de large. De même, Lucas-Championnière mentionne un kyste tordu dont le pédicule, bien que grêle, n'avait pas plus de deux centimètres de long.

Quant aux causes secondaires qu'on a incriminées pour tâcher d'expliquer le mécanisme de cette torsion, elles sont nombreuses. Ce sont :

1° L'*ascite*, qui accompagne généralement les kystes malins; elle semble devoir favoriser la torsion en lubrifiant la face kystique externe et augmentant sa mobilité et son glissement sur les organes voisins;

2° Le *relâchement de la sangle abdominale* permettrait aux viscères de se mouvoir plus facilement les uns sur les autres et prédisposerait ainsi à la rotation des kystes pédiculés quels qu'ils soient;

3° Les *alternatives de déplétion et de réplétion* des organes voisins, en particulier la vessie et l'intestin, ont été aussi accusés; à ces conditions, il faut joindre aussi un autre facteur souvent concomitant : l'*effort*, qui demande la mise en action de la paroi musculaire. C'est ainsi que la malade de Lucas-Championnière fait sa troisième crise de torsion : «...à la suite d'*efforts de défécation*, brusquement elle est prise d'une souffrance atroce dans le bas-ventre accompagnée de vomissements... »;

4° Les *changements d'attitude et les mouvements brusques* du corps sont souvent accusés par les malades comme ayant précédé les douleurs pour lesquelles elles viennent consulter le médecin. Les observations de Reamy (*in th. de Riom*) et de Chavannaz (*Soc. gyn. et obst.* 1903) mentionnent : l'une, « ...*en s'habillant*, la malade ressent dans le ventre une violente douleur... »; l'autre, « ...*le matin, au réveil*, elle a ressenti brusquement une douleur très vive dans le côté droit du ventre ». Telle autre malade aura fait sa crise alors qu'elle était au repos : « ...Elle est subitement prise, au lit, d'une douleur violente, sans raison, mais elle avait *veillé et dansé* un peu. » (Baron).

Dans l'observation de Hartmann (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1903), il s'agit d'une jeune fille qui fait une crise le 10 août sans cause apparente. « ...Le 18, elle *prend le train* où elle éprouve de nouvelles douleurs très violentes, presque syncopales. »

5° Enfin, on a aussi invoqué, avec juste raison, le développement d'une *tumeur au voisinage du kyste*, et, en particulier, d'une grossesse. Le premier fait de ce genre fut rapporté par Bégouin et Fieux à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux en 1897. Dix jours après un accouchement prématuré de six mois, ces auteurs furent obligés d'intervenir par une laparotomie pour rétroflexion très accentuée, utérus gros et mou, rétention de lochies et vomissements. Ils trouvèrent un kyste du ligament large, tordu quatre fois et demi sur son pédicule. Ils pensent que la torsion a été due ici aux variations de volume de l'utérus pendant la grossesse, à son évacuation brusque au moment de l'accouchement, ce qui a provoqué un mouvement de tous les organes voisins, et aux efforts musculaires qui l'accompagnent. Mais on ne peut l'affirmer d'une façon absolue car les symptômes de la torsion étaient très peu marqués : pas de douleurs ni de ballonnement du ventre, de sorte qu'on ne peut préciser à quel moment s'est faite la rotation de la tumeur.

Conséquences de la torsion. — Ce mouvement giratoire du kyste sur son pédicule ne va, en général, pas sans conséquences, soit du côté de la tumeur, soit vis-à-vis des autres organes abdomino-pelviens. En se tordant, les parois du pédicule (feuillet du ligament large) se resserrent et s'enroulent sur elles-mêmes comme les fibres d'un câble. Aussi, tout ce qui est compris dans leur épaisseur est-il étranglé d'une façon plus ou moins complète, suivant le degré de la torsion. Le plus important est l'étranglement vasculaire qui, lorsqu'il est total, aboutit fatalement à la gangrène du pédicule. Celui-ci peut même se sectionner et la tumeur devient libre dans la cavité abdominale : c'est le cas d'Edelbolhs, mais tout à fait exceptionnel.

Au contraire, il existe un plus grand nombre d'observations où les accidents aigus, qui traduisent l'étranglement vasculaire du pédicule, s'atténuent peu à peu et disparaissent même complètement jusqu'à ce qu'une nouvelle crise vienne surprendre la malade. Pour expliquer ce fait, il est permis de supposer que la circulation s'est rétablie. Que s'est-il donc passé ?

Olhsausen a parlé de torsion temporaire suivie de détorsion. Legueux et Terillon admettent aussi cette hypothèse, mais dans quelques cas rares seulement.

Pour Boursier : « La détorsion ne peut suffire à expliquer la *fréquence* de la disparition spontanée des accidents aigus du début de la torsion pédiculaire : il faut qu'à côté de cette détorsion exceptionnelle il y ait, pour établir la circulation, un autre mécanisme qui est l'adaptation des vaisseaux à leur nouvelle situation. Après une période de début où il y a de la congestion, de l'œdème et même des hémorragies, les tissus s'assouplissent, l'étranglement du pédicule s'atténue, la circulation artérielle, qui n'avait presque jamais été interrompue complètement, se régularise et la circulation veineuse se rétablit peu à peu. Le pédicule reste tordu mais il ne présente plus d'étranglement, ni d'œdème, et l'on voit que le sang y circule à l'aise : il y a eu une véritable accommodation circulatoire. »

Le même auteur pense encore que la trompe, quand elle est comprise dans le pédicule, fait l'office de coussinet. Vauvertz pense également que le peu d'importance ou l'absence des lésions dans certains cas doit être rapporté à la largeur du pédicule, grâce à laquelle la circulation peut se faire facilement malgré les accidents de torsion.

C'est pourquoi aussi la torsion des kystes du parovaire (pédicule généralement large) se traduit par un tableau clinique moins dramatique que celle des kystes de l'ovaire. Nous y reviendrons en étudiant la symptomatologie.

Enfin, on peut admettre également que les adhérences inflammatoires souvent rencontrées à la laparotomie, fixant le kyste aux organes voisins, puissent servir de soutien à des vaisseaux néoformés, lesquels apporteraient à la tumeur le sang qui lui est nécessaire pour vivre. C'est, du reste, là l'opinion émise par Edelbolhs dans l'observation qu'il publia *in Medical Record*, 1901 :

« La tumeur ne présente pas de pédicule ni d'adhérences d'aucune sorte; à sa partie inférieure on trouve son pédicule tordu et gangrené, les anses intestinales et la séreuse qui avoisinaient la tumeur présentaient des traces d'inflammation. Il est permis de supposer que si la malade avait survécu sans opération, la tumeur aurait contracté rapidement des adhérences avec les organes voisins. La vascularisation de ces adhérences aurait formé des pédicules adventices et aurait permis à la tumeur de vivre et continuer à se développer. »

Quoi qu'il en soit, la présence de ce kyste dans le petit bassin ne va pas sans retentir sur les viscères intrapelviens, et en particulier sur les organes génitaux dont la souffrance se traduit souvent, au point de vue fonctionnel, par de la dysménorrhée, sur laquelle a insisté le professeur Mériel, et des métrorragies. Ces hémorragies peuvent même être en abondance telle que dans le cas de Cushier elles ont amené la mort de la malade : « ... Il y a six mois, les règles furent supprimées pendant neuf semaines, puis réapparurent abondantes. Depuis, hémorragies qui durèrent jusqu'à sa mort. A

l'examen, le vagin est plein de caillots, le col est dilaté, le facies est pâle, le pouls est petit. »

Au point de vue physique, et c'est ce qui pourrait expliquer cette dysménorrhée, il est une lésion que l'on rencontre très souvent à la laparotomie : c'est le déplacement de l'utérus, qui est très souvent refoulé en arrière. Lund le trouva chez son opérée refoulé en avant.

A côté de ces perpurbations fonctionnelles dans la vie génitale de la femme, il faut citer aussi parmi les troubles dus à la présence d'un kyste para-ovarien tordu : l'*arrêt des règles*; ce fait est mentionné par plusieurs auteurs (Cushier, Cortiquera, Lund), mais la pathogénie de cette aménorrhée reste encore obscure.

Enfin, un autre cas se présente assez souvent en pratique, c'est la coexistence d'une grossesse. Lorsque le kyste a un long pédicule et évolue dans l'abdomen, un utérus peut fort bien se développer jusqu'au neuvième mois et la femme accouche normalement; mais lorsque ce même kyste reste inclus dans le ligament large, ou que la torsion de son pédicule l'a obligé à rester pelvien, alors il pourra entraîner un avortement ou un accouchement prématuré (Bégouin et Fieux), et c'est pour cela que certains auteurs, le diagnostic de kyste para-ovarien et grossesse étant bien posé, n'hésitent pas à faire une laparotomie pour enlever le kyste, la grossesse continuant à évoluer. Par le fait de leur développement, les kystes du ligament large peuvent aussi déterminer, du côté des annexes, des modifications que la torsion du pédicule vient augmenter encore.

Ce sont des phénomènes congestifs se traduisant par une coloration violacée des ovaires et de la trompe. Parfois, l'ovaire est augmenté de volume, présentant à sa surface de petits kystes hématiques; la trompe est étirée et allongée. Dans le cas de Sorel, l'ovaire, situé en arrière de la tumeur, avait une consistance fibreuse alors que la trompe était augmentée de volume et pleine de sang. Nous reviendrons là-dessus au chapitre suivant.

A côté de ces troubles d'ordre purement génital, un kyste

para-ovarien peut agir mécaniquement par son volume et par la compression qu'il peut exercer sur les organes voisins. C'est ainsi que nous relevons des *mictions pénibles*, dues à l'étirement de la vessie, dans l'observation de Berkeley; de l'*œdème des membres inférieurs*, par compression des vaisseaux iliaques externes, dans un cas de J.-L. Faure. Quant à la constipation, si fréquemment observée, elle est, croyons-nous, plutôt la conséquence de la péritonite très légère parfois, concomitante, de même que les vomissements et le mauvais état digestif accusés par de nombreuses malades.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de nous occuper des lésions et des phénomènes propres consécutifs à la torsion des kystes para-ovariens, nous croyons bon de dire quelques mots sur la morphologie de ces kystes, après quoi nous passerons à leur étude, au point de vue de leurs variétés et de leurs caractères macroscopiques et histologiques.

NOMBRE. — Il n'y a, généralement, qu'un kyste para-ovarien et d'un seul côté. Toutefois, nous relevons une observation du professeur Terrier dans laquelle, au cours d'une ovariotomie, l'opérateur ouvrit successivement trois loges kystiques indépendantes les unes des autres, et dont l'une «... était une cavité allongée, à parois extrêmement minces, transparentes, ressemblant à un lymphatique dilaté ». De même Péraire, en 1905, communique à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris un cas de double kyste du parovaire. De Rouville également. Bien que de pareils cas soient tout à fait exceptionnels, ils ne sauraient trop nous étonner. En effet, si nous nous rapportons aux quelques données embryologiques et anatomiques résumées au début de ce travail, nous voyons que l'organe de Rosenmüller est constitué par douze ou quatorze petits tubes, indépendants les uns des autres. D'autre part, la pathologie nous a montré que pour la plupart des auteurs les kystes dont nous nous occupons étaient dus à l'hydropisie d'un de ces tubes. Dès lors, est-il difficile d'admettre que, sous l'influence d'une cause qui nous échappe encore, plusieurs de ces tubes puissent simultanément être atteints de dégénérescence kystique ?

VOLUME. — Ces tumeurs, le plus souvent arrondies et globuleuses, ont un volume très variable; on ne peut établir une moyenne précise tellement les cas sont disparates; toutefois, mettant à part les kystes du parovaire gros comme un grain de millet ou une cerise, véritable trouvaille d'autopsie ou au cours d'une opération sur les organes pelviens, ni ces cas monstrueux de 40 litres (Reverdin, 1887) qui, heureusement, ne se voient plus aujourd'hui, grâce à la précocité et à la bénignité des opérations abdominales, hormis donc ces cas exceptionnels, le volume des kystes para-ovariens oscille entre 500 centimètres cubes et 2 à 3 litres. Le plus souvent, en effet, on voit les auteurs comparer leur volume à celui d'un œuf d'autruche, d'un melon, d'une tête de fœtus. Donc, nous avons affaire, en général, à des kystes assez gros. Du reste, pour la variété qui nous occupe particulièrement, les kystes à pédicule tordu, cette condition de volume est, semble-t-il, primordiale; car, d'une part, un petit kyste aura tendance à rester inclus dans le ligament large, au-dessous de la trompe, et emprisonné pour ainsi dire entre les deux feuillets péritonéaux; un gros kyste, au contraire, se développera plus particulièrement aux dépens d'une face, soit antérieure, soit postérieure du ligament large, en se constituant un pédicule, et, enfin, un certain poids leur est nécessaire, comme nous l'avons vu dans l'étiologie de la torsion.

RAPPORTS. — Deux cas sont à considérer :

a) Le kyste, petit, est inclus dans le ligament large et immobilisé;

b) Le kyste est volumineux et pédiculé.

A. *Kyste inclus*. — Qu'entend-on par kyste inclus ? « D'une manière générale, dit le professeur Tédénat, nous appellerons tumeur incluse dans le ligament large toute tumeur occupant la cavité virtuelle de ce ligament et ayant tendance à le doubler, c'est-à-dire à écarter l'une de l'autre ses deux parois. » Donc, tapissés sur leur face antérieure et postérieure et par la séreuse, en haut ils sont, dès le début de leur accroissement, en contact immédiat avec la trompe sans interposition

de péritoine et, en bas, reposent sur la base du ligament large dont le tissu cellulaire leur sert de lit, qui, du reste, pourra se laisser déprimer par la tumeur, si celle-ci évolue vers le plancher pélvien. De chaque côté, l'espace intra-ligamentaire semble leur indiquer une autre voie de progression. Et, de fait, il n'est pas rare de voir ces tumeurs se diriger en dedans vers la vessie et l'utérus qu'elles refoulent en immobilisant celle-ci en latéro-position du côté opposé, ou, le plus souvent, cette position étant bridée par la traction passive des ligaments latéraux (ligament rond surtout), le kyste empiète sur la face antérieure de l'utérus et refoule ce dernier dans le Douglas d'où : rétroversion.

D'autres fois, ce kyste se développera plutôt en dehors et arrivera au contact des parois mêmes du petit bassin, des vaisseaux iliaques externes et du détroit supérieur.

Nous ne ferons que mentionner pour mémoire ces kystes que l'on a vu se prolonger jusque dans le vagin. Cette particularité est due à la coexistence anormale du canal de Gartner (vestige du canal de Wolf), qui, lui aussi, est devenu hydro-pique et qui, par son extrémité supérieure, communique avec le kyste para-ovarien.

B. *Kyste pédiculé*. — Ces kystes se sont développés presque exclusivement aux dépens d'une seule face du ligament large et, refoulant cette dernière d'une façon excessive, ils arrivent, pour ainsi dire, à s'extérioriser du ligament large, mais en restant toujours unis à lui par un pédicule. Ce pédicule donc, lorsqu'il existe, est constitué par un manchon séreux qui n'est autre que le péritoine, à l'intérieur duquel on trouve des vaisseaux se rendant à la tumeur, parfois du tissu cellulaire et même la trompe. Nous en reparlerons plus loin au sujet des rapports de cette dernière avec le kyste. Les dimensions du pédicule sont très variables.

Sa largeur est parfois très réduite; le pédicule est cylindrique, de l'épaisseur d'un crayon d'artiste (Lawson Tait); plus souvent très accusé, lamelliforme, c'est là une particularité à retenir des kystes para-ovariens pédiculés. Bien que cette

largeur apporte un gros obstacle à la rotation de la tumeur, elle n'en écarte pas toute possibilité.

Pierre Sikora, de Tulle, n'a-t-il pas signalé un kyste du parovaire dont le pédicule, présentant 6 centimètres de large, était tordu deux fois sur lui-même ?

La longueur subit aussi de pareilles variations qui sont, semble-t-il, en rapport avec le volume du kyste. Les kystes de petit volume sont sessiles, c'est là une constatation faite souvent au cours de la laparotomie et dont nous avons déjà parlé au chapitre précédent. Dans les kystes de gros volume, au contraire, le ligament large est étiré, formant un long pédicule à la tumeur. Parfois, mince et grêle, il mesure à peine quelques centimètres, à tel point que, rien que de ce fait, il est presque immobilisé ou tout au moins obligé de rester pelvien. D'autres fois, au contraire, le pédicule sera long : 10 centimètres dans le cas de MM. Binaud et Chavannaz, et même 15 centimètres (De Rouville), permettant ainsi une grande mobilité. De Rouville, au cours de l'opération, vit la tumeur «... alors qu'elle était pelvienne dans le décubitus dorsal, filer, lorsqu'on mit la malade en Trendelenbourg, jusque sous le diaphragme ».

On conçoit donc qu'avec une pareille mobilité en battant de cloche, il soit difficile d'assigner dans une étude anatomo-pathologique les rapports de ces kystes avec les autres organes abdomino-pelviens. Toutefois, il est deux causes assez importantes de fixité de ces tumeurs, malgré un pédicule nettement constitué. Ce sont : la *torsion pédiculaire* et les *adhérences*.

Il est facile de comprendre, en effet, qu'un pédicule, quel qu'il soit, est d'autant plus raccourci qu'il a subi plus de tours de spire et, parfois même, il est devenu tellement court qu'il fixe la tumeur dans la profondeur du pelvis et ne permet de l'extérioriser qu'après ponction préalable. Ces tours de spire sont, en effet, en nombre très variable.

Dans 23 observations que nous avons recueillies et mentionnant cette particularité, nous avons trouvé :

Rotation légère, 4 cas;

Entre 1 et 3 tours de spire, 17 cas;

Au delà de 3 tours, 2 cas.

Les cas de Péraire (5 tours), de Baron (un quart de tour), de Loubat (un quart de tour), sont donc exceptionnels. A remarquer aussi que ce nombre de tours est sous la dépendance directe de la longueur du pédicule; en effet, un pédicule long sera susceptible de se tordre plus souvent qu'un pédicule court.

Quant à la direction de ces spires, il semble qu'elle a lieu presque toujours de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre. C'est du reste là le résultat de l'étude de nos 37 observations, parmi lesquelles 6 seulement indiquaient le sens de la rotation. Dans toutes les 6, elle s'était faite de gauche à droite.

Etudions maintenant les adhérences.

Celles-ci sont dues à une réaction inflammatoire du péritoine, qui accompagne presque toujours la rotation du kyste, véritable péritonite adhésive, aboutissant à la formation de néomembranes fibrineuses, tout d'abord, mais qui ne tardent pas à s'organiser, à être envahies par des vaisseaux également néoformés et des fibres conjonctives, analogues à celles que l'on observe dans la péricardite ou la pleurésie sèche ou légèrement séro-fibrineuse; tantôt légères et friables, elles sont facilement dissécables; d'autres fois, au contraire, leur nombre et leur solidité constituent une véritable entrave à l'opération (cas de Péraire).

Ces adhérences se font : d'une part, entre le péritoine et la poche para-ovarique. Parfois, elles sont si peu résistantes que Kœberlé « ...pratique l'énucléation en décollant et refoulant, au moyen d'une pièce de linge, l'enveloppe séro-celluleuse appliquée sur la paroi propre de la poche ». D'autres fois, au contraire, les adhérences sont si solides qu'elles commandent, avec l'ablation de la tumeur, la résection du péritoine qui la recouvre.

Plus importantes sont les adhérences entre la séreuse périkystique et les autres organes également recouverts de péritoine : appendice, rectum, cul de sac de Douglas (J.-L. Faure), cæcum, côlon ascendant et transverse, vessie, parois de l'excavation (Péraire), et même avec d'autres formations patholo-

giques avoisinantes : kyste de l'ovaire, hématosalpinx (Chavannaz).

Enfin, il arrive parfois de voir ces néomembranes siéger tout le long du pédicule et fixer ainsi les tours de spire; il est, dès lors, impossible de détordre ces kystes sans rompre les adhérences.

Rapports avec l'ovaire. — L'ovaire peut occuper plusieurs positions par rapport au kyste. Cela dépend, croyons-nous, du mode de développement de ce dernier. En effet, supposons un kyste, né dans le ligament large, qui se développe surtout aux



RAPPORTS DU KYSTE AVEC LA TROMPE ET L'OVAIRE

FIG. I. — L'ovaire et la trompe sont indépendants du kyste.

dépens de sa face postérieure (fig. I-1). Il commence, d'abord, par distendre la portion du feuillet péritonéal compris entre la trompe et l'ovaire (2). Si ce feuillet se laisse distendre et étirer, bientôt le pédicule est constitué; au-dessus de lui, la trompe, et au-dessous, l'ovaire, sont en positions normales (3-4).

Si, au contraire, le péritoine se laisse distendre très difficilement sous l'influence de l'expansion de la tumeur, celle-ci le

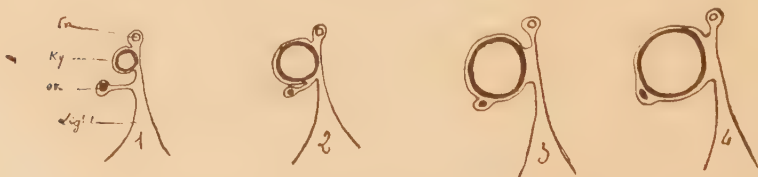


FIG. II. — La trompe reste indépendante. L'ovaire est englobé par la tumeur.

découlera dans une plus ou moins grande étendue (fig. II-4). En bas, ce kyste arrive à la racine du méso-ovarium (2), s'infiltré dans celui-ci, ou plutôt le dédouble (3), de sorte qu'il se trouve

en contact immédiat avec l'ovaire sans interposition péritonéale (4). Ainsi l'ovaire, à la surface du kyste, est intimement accolé à lui par le péritoine et lorsque la tumeur subira un mouvement giratoire, il sera lésé dans sa vitalité, car ses vaisseaux nourriciers, passant par le pédicule, y seront comprimés, d'où suffusions sanguines, véritable apoplexie ovarienne. Il en est de même lorsque la tumeur s'enfonce dans le feuillet antérieur du ligament large, avec cette particularité (fig. III) que, pour arriver à l'ovaire, elle est obligée de s'accoler d'abord à



FIG. III. — Ici le kyste s'est développé aux dépens du feuillet antérieur du ligament large.

Son évolution peut s'arrêter au stade 2 et dès lors la trompe sera comprise dans la tumeur, ou bien celle-ci peut entraîner l'ovaire et la trompe à la fois (4).

la trompe. Donc, on le voit, si, assez souvent, l'ovaire est lésé par suite de son contact avec le kyste tordu, parfois aussi il peut très bien rester sain; ce fait est important à connaître au point de vue du traitement.

Très souvent on a noté la coexistence d'un ovaire scléro-kystique, mais, ici, les causes de cette ovarite étant nombreuses, on est en droit de se demander si cette dégénérescence n'était pas antérieure à la tumeur ovarienne ou indépendante d'elle. À côté de cette sclérose ovarienne, on rencontre fréquemment une autre lésion sur l'ovaire : les hémorragies, tantôt punctiformes, tantôt comme une lentille, par îlots séparés par du tissu ovarien normal, tantôt l'hémorragie s'est faite en nappe et s'étend à toute la surface de la glande en donnant à celle-ci l'aspect d'une tumeur noirâtre, généralement un peu volumineuse.

Coquelet, qui a bien étudié cette lésion, émet, pour l'expliquer, l'hypothèse d'une compression ou d'un tiraillement des nerfs du plexus utéro-ovarien par le fait du développement

excentrique de la tumeur et propose d'attribuer la formation des hémorragies à une irritation chronique des filets du grand sympathique contenus dans le ligament large : « Il est permis de supposer, dit-il, que sous des influences inconnues, au nombre desquelles on peut ranger la fatigue et les poussées congestives menstruelles ou accidentelles, il peut se produire, au niveau de l'ovaire, une vaso-dilatation exagérée avec de petites hémorragies capillaires. » Enfin, citons, à titre de curiosité, l'observation de Berkeley où la trompe entraînée par la torsion pédiculaire avait entouré l'ovaire et l'avait ainsi partagé par moitié : «... En subissant cette rotation, la trompe de Fallope avait entouré l'ovaire et l'avait presque complètement divisé en deux parties. Une partie de l'ovaire a cependant échappé à cette division et unit encore les deux portions par une étroite bande de tissu ovarien au voisinage du hile.

Rapport de la trompe. — Comme l'ovaire, et peut-être encore plus fréquemment que lui, la trompe subit des lésions analogues et qui peuvent s'expliquer par le même mécanisme. Tantôt aplatie, refoulée en écharpe à la surface du kyste, elle est rouge, congestionnée, hypertrophiée, souvent vide. Toutefois, les professeurs Fieux et Chavannaz ont signalé un cas de concomitance avec un hématosalpinx. D'autres auteurs ont aussi mentionné : « ...une trompe gorgée de sang ». Tantôt elle fait partie du pédicule (particularité notée dans 7 observations).

Elle jouerait alors un rôle mécanique de protection, de coussinet, au moment de la torsion, empêchant celle-ci d'oblitérer complètement la lumière des vaisseaux para-ovariens et ovariens. Il est à remarquer, toutefois, que la trompe ne fait pas toujours partie intégrante du pédicule; elle est souvent attirée par lui au moment de sa rotation et, dès lors, s'applique à sa surface extérieure en s'enroulant comme un serpent autour d'une branche. Mais, dans ce mouvement de spirale qu'elle décrit, elle peut très bien être prise entre deux spires du pédicule et être étranglée par celui-ci, à tel point que la section tubaire peut s'en suivre (Berkeley). D'autres fois, au contraire, la trompe reste simplement accolée au pédicule sans être entraînée par la torsion.

Pour les raisons que nous avons étudiées plus haut, il est impossible de préciser la situation des kystes para-ovariens par rapport aux autres organes abdominaux. L'importance de ceux-ci, d'ailleurs, est secondaire. Toutefois, dans certains cas, ces rapports peuvent être modifiés d'une façon néfaste et il peut s'en suivre des troubles très graves. En effet, le kyste, en se tordant, raccourcit son pédicule et par conséquent se déplace, il peut alors entraîner les organes abdominaux; tel, le cas de Reamy, où le cæcum, le colon et l'iléon étaient fortement comprimés et il en était résulté une obstruction complète de ces portions de l'intestin, qui étaient complètement décolorées.

Au point de vue de leur variété anatomo-pathologique, on peut, avec Pozzi, diviser les kystes para-ovariens en trois classes : les kystes hyalins, les kystes papillaires et les kystes dermoïdes.

I. *Kystes hyalins*. — Ce sont les plus fréquents et ils sont caractérisés par :

1° LA FRÉQUENCE DE LEUR INCLUSION INTRA-LIGAMENTAIRE. — C'est là un caractère qui leur est commun avec les deux autres variétés. Nous n'y insisterons pas.

2° L'UNILOCULARITÉ de ces tumeurs est un des caractères fondamentaux signalés dans tous les classiques, à tel point que cette seule particularité, notée sur un kyste qu'on vient d'extraire du ligament large, suffit à l'étiqueter : kyste du parovaire. Cependant, disons-le dès maintenant, la réciproque n'est point vraie et de ce qu'un kyste n'est pas uniloculaire, il ne faut pas en conclure que ce n'est pas un kyste du parovaire.

Les kystes papillaires se développant, exceptionnellement il est vrai, sur les débris du corps de Wolf, affectent l'aspect multiloculaire. De Sinéty, le premier, les signala et, après lui, Hartman, Terrier, Koberlé, Lawson Tait, Olhausen, ont observé des cas analogues et même à en croire la statistique de Péan qui, bien que déjà ancienne, n'en est pas moins affirma-

tive, la proportion serait assez élevée; en effet, sur 53 cas relevés par lui, cet auteur aurait rencontré : 23 kystes uniloculaires, 23 kystes multiloculaires et 4 aérolaires.

« Les kystes du parovaire peuvent, ajoute Péan, comme ceux de l'ovaire, présenter toutes les variétés, depuis le kyste simple uniloculaire à contenu limpide, jusqu'au kyste multiloculaire et aérolaire à contenu hématique et purulent. » Ces idées sont donc loin de celles de Goodell et d'Atlee pour qui « ... les kystes du parovaire sont *toujours* uniloculaires ». Nous croyons ces auteurs trop absolus dans leur affirmation. Quoiqu'il en soit on peut dire que si l'unilocularité est la règle, la multilocularité est l'exception, mais n'en existe pas moins. Du reste, nous y reviendrons, en étudiant les kystes papillaires.

3° LEUR PAROI EST TRANSPARENTE, blanc bleuâtre, généralement *mince* (ici encore, il y a des divergences de vue, surtout lorsqu'on a affaire à un kyste tordu, témoin les observations d'Herbeaux, de Lucas-Championnière).

Cette paroi est formée, de dehors en dedans, par la séreuse péritonéale doublée de ses fibres musculaires lisses et glissant, à la surface proprement dite du kyste, grâce à une couche de tissu cellulaire lâche, sous-péritonéal, qui se continue avec le tissu de remplissage du ligament large.

La paroi propre est formée en presque totalité par des fibres conjonctives parallèles, formant un tissu homogène assez dense, qui sert de soutien à la couche interne. Cette couche profonde, dans la variété qui nous occupe pour l'instant, kystes hyalins, est lisse et unie, constituée par un épithélium à cils vibratiles, cylindrique ou le plus souvent cubique simple. Par places même cet épithélium peut manquer, et le liquide contenu est en contact direct avec la couche conjonctivo-musculaire sous-jacente. En effet, dans l'épaisseur des fibres conjonctives de la paroi kystique circulent de nombreux vaisseaux, surtout visibles par transparence. Ce sont ces vaisseaux qui sont le siège le plus important des lésions caractéristiques que l'on observe sur des kystes para-ovariens après torsion de leur pédicule. En effet, l'étranglement des vaisseaux au niveau du pédicule passe par trois phases :

a) *Congestion*. Lorsque la rotation est peu importante ou que ceux-ci étant protégés par la trompe ou du tissu cellulaire, la circulation continue à se faire; mais alors les veines à parois faibles sont aplaties et la diminution de leur calibre gêne le cours du sang qui arrive, malgré cela, en quantité normale par les artérioles résistant mieux à la pression. Conséquence : afflux du sang dans les capillaires de la paroi du kyste; les vénules surtout sont dilatées, congestionnées, parfois même thrombosées et il s'ensuit une petite hémorragie insignifiante péri-capillaire, simple tache ecchymotique qui reste dans l'épaisseur de la paroi.

Ces lésions s'observent rarement à l'état pur, car il est exceptionnel d'opérer les malades sitôt après leur première crise. Le fait est pourtant arrivé et c'est ce qui fait l'intérêt de l'observation de De Rouville. Sa malade, entrée à l'hôpital pour kyste de l'ovaire simple, fit sa première crise de torsion quelques heures avant d'être opérée, probablement à la suite des manœuvres d'examen qui venait d'être fait. Après ablation de la tumeur, on constate que « la paroi du kyste était fortement violacée, infiltrée de sang dans toute son étendue, mais que le liquide, malgré trois tours de spire, n'était nullement hémorragique ».

b) *Hémorragie intra-kystique*. Ici l'épanchement sanguin a été plus important, peut-être à cause d'une striction et d'une oblitération plus complète des veines du pédicule. Non seulement le capillaire a éclaté, mais aussi la couche épithéliale qui tapisse l'intérieur du kyste. Le sang s'est répandu, en plus ou moins grande quantité, dans celui-ci et le liquide, préalablement clair et limpide, prend une couleur variable avec la quantité de sang épanché et l'ancienneté de la lésion. Nous étudierons plus bas les caractères de ce liquide.

c) *Sphacèle*. La gangrène totale du kyste due alors à l'étranglement complet des vaisseaux, aussi bien artères que veines, est un événement rare. L'observation d'Edelbolhs où le sphacèle était arrivé à un degré tel, qu'il entraîna l'amputation du pédicule, est unique. Mais, à côté, on peut citer deux cas

de Lawson Tait, où le kyste était « de couleur noire perle à parois gangréneuses ». Lucas-Championnière, Dauville, Hartmann trouvent également chez leurs malades un kyste « noirâtre ». Pour Tourneux et Lagarde, « son aspect est livide ». Toutes ces observations, on le voit, sont synonymes de sphacèle. Réamy, dans son observation, ne donne pas la couleur du kyste qu'il opère, mais indique « en un point près du pédicule, une petite rupture de la paroi kystique par laquelle le sang contenu dans la poche a pénétré dans la cavité abdominale ». Certains auteurs incriminent la tension intra-kystique comme cause de cet accident. Ne peut-on pas incriminer, auparavant, une petite tache gangréneuse qui aurait plus facilement cédé que la paroi saine ?

4° LA TRANSPARENCE ET LA FLUIDITÉ DU CONTENU est la règle dans les kystes hyalins où le pédicule est non tordu. Le liquide, en effet, limpide, eau de roche, est très différent de celui onctueux et filant, jaune verdâtre, que l'on trouve dans les kystes de l'ovaire. D'après Malassez et de Sinéty, la différence de composition dans les liquides serait due simplement à la variété de l'épithélium qui prédomine à leur surface.

Quand celui-ci est simple et cubique, on a un liquide transparent, incolore, typique des kystes du parovaire. S'il s'agit, au contraire, d'un épithélium polymorphe, avec de nombreuses cellules caliciformes sécrétant un mucus épais et albumineux, on aura un liquide visqueux de caractère bien différent, type kyste de l'ovaire. Et c'est précisément cet épithélium que l'on rencontre à la surface interne des kystes papillaires. Donc, possibilité (très rare cependant), de trouver dans certains kystes de parovaire un contenu analogue à celui des kystes ovariens.

Restant donc dans le cas de kyste hyalin à contenu fluide et clair, celui-ci peut quand même se modifier. Survienne, en effet, une torsion pédiculaire, il se produit une congestion dans tout le territoire irrigué par les vaisseaux traversant le pédicule, congestion qui peut même aboutir à la rupture vasculaire, comme nous l'avons vu en étudiant la paroi du kyste

dans ce même chapitre et le sang s'épanche non seulement dans l'épaisseur de cette dernière, mais aussi dans l'intérieur de la poche, d'où deux conséquences :

a) Augmentation très rapide du volume de la tumeur parfois décelable cliniquement et variable suivant la quantité de sang épanché;

b) Un changement dans la consistance et la couleur du liquide qui devient un peu plus visqueux et plus ou moins rouge. Nous avons trouvé cette particularité 11 fois sur 15 : Tantôt « légèrement teinté de rose » ou bien « séro-sanguinolent. » ou « gelée de groseille », tantôt franchement hématique, comme du sang pur, mélangé parfois de caillots, tantôt, à la suite d'un gros épanchement « rouge brun », « bouillie de chocolat » (Herbeaux-Sorel).

Quant à la composition chimique de ce liquide, elle est très variable. De réaction alcaline ou neutre et de densité légèrement supérieure à celle de l'eau 1006 à 1008. Nous y trouvons des composés minéraux tels que du chlorure de calcium, 8 à 14 p. 1000, des phosphates, des carbonates et des matières organiques, parmi lesquelles de l'urée et de l'albumine en faible quantité, lorsque il n'y a pas eu d'épanchement sanguin. Certains auteurs (Waldeyer) ont même proposé de se baser sur ce dernier caractère, faible teneur en albumine, pour différencier ces tumeurs des kystes de l'ovaire.

Si cet examen est praticable après l'opération (et alors on est fixé sur l'origine de la tumeur), nous verrons au chapitre du traitement qu'il n'en est pas de même avant l'opération, car la ponction exploratrice qu'il nécessiterait n'est pas toujours recommandable.

Ces kystes peuvent suppurer, accident rare il est vrai, mais dont on relève quand même les observations les plus nettes. Dès lors le contenu de ces kystes est purulent et d'une fétidité extrême; le pronostic en est singulièrement aggravé.

II. *Kystes papillaires*. — Ces kystes sont caractérisés par la présence sur leur épithélium interne, très polymorphe et à nom-

breuses cellules mucoïdes, de végétations papillaires, tantôt disséminées tantôt confluentes en choux-fleurs. Ils sont en tous points comparables à ces tumeurs ovariennes que Quénu a désignées sous le nom de cystoépithéliomes, véritables épithéliomas au sens historique du mot mais qui, cliniquement, évoluent comme une tumeur bénigne, comme un papillome. Mais ces cellules épithéliales, dont la prolifération à l'intérieur du kyste a formé ces papilles, peuvent très bien évoluer vers l'extérieur et dès lors se comporter comme un véritable épithélioma, tendant à s'accroître et à se greffer sur les organes voisins, péritoine pariétal, intestin, face inférieure du diaphragme, etc...

C'est ainsi que Tédénat a vu une malade qui, à la suite d'une ponction, eut une éclosion de masses papillaires tout le long du trajet suivi par le trocart. Doran, Bantock, Terrier rapportent des cas analogues. Cette généralisation caractérise bien l'évolution maligne de la tumeur et, de fait, Tédénat a vu une autre malade, opérée d'un kyste papillomateux, mourir de cachexie dix mois plus tard, avec une récurrence derrière le pubis. Le liquide que contiennent ces tumeurs est visqueux et albumineux, tantôt clair, tantôt diversement coloré par les extravasations sanguines anciennes ou récentes, comme dans le cas de kyste hyalin. Quant à leur nature, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Pour Alban Doran, ces kystes papillaires proviendraient seuls du parovaire et mériteraient le nom de kyste para-ovarien, tandis que les kystes sans végétation et à contenu purement liquide naîtraient, dans l'épaisseur du ligament large, indépendamment de tout vestige embryonnaire. Pour Lawson Tait, au contraire, ces kystes papillaires ne représentent qu'une phase évolutive des kystes para-ovariens, un stade ultérieur à celui de kyste hyalin. Enfin, on peut admettre aussi que les kystes hyalins et les kystes papillomateux sont deux formations différentes, au point de vue étiologique et pathogénique. Alors que les kystes hyalins seraient dus à l'hydropisie des tubes de l'organe de Rosenmüller, les kystes papillaires seraient de véritables kystes de l'ovaire développés sur des ovaires surnuméraires.

III. *Kystes dermoïdes*. — Ils nous retiendront très peu, car nous n'avons pu relever une seule observation où un kyste de cette variété s'était pédiculisé et tordu. Cependant, ces kystes ne sont pas exceptionnels. Raimondi, en 1896, en avait recueilli 11 cas. Pourquoi ne se tordent-ils pas ? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre. On ne peut pas, en effet, incriminer le peu de développement de ces tumeurs, ou leur faible volume, ou leur poids restreint. De fait, nous voyons une malade de Lawson Tait dont le kyste contenait six litres de liquide coagulé, outre une masse de cheveux de volume des deux poings, englobée dans une masse de substance caséuse. Celle de John Clay était porteur de deux kystes dermoïdes : un dans chacun des ligaments larges et chacun du volume d'une tête de fœtus. Même comparaison du docteur Hartmann dans une de ses observations. Le kyste, enlevé par Rendu à une multipare de 42 ans, «... a les dimensions d'une grosse tête d'adulte ».

Ces kystes, sur la pathogénie desquels nous ne reviendrons pas, sont caractérisés, au point de vue anatomo-pathologique, par leur paroi généralement épaisse, jusqu'à deux centimètres, et leur contenu : matière grasse, sébacée, de la consistance du beurre, au milieu de laquelle on trouve fréquemment des poils (Lawson Tait, Hartmann), des dents (John Clay-Péan), des petits os (Rendu), des fragments de peau (Péan), et d'autres formations anatomiques plus ou moins bien différenciées.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous aurons ici surtout en vue les kystes para-ovariens dont on constate la torsion pédiculaire au cours de la laparotomie, c'est-à-dire dans les cas avérés. Sans donner à cette étude la valeur d'une statistique, car nous n'avons pu réunir toutes les observations que nous aurions voulu, nous nous baserons pour établir cette symptomatologie sur les 38 cas qu'il nous a été possible de recueillir.

Les cas que l'on observe le plus fréquemment sont ceux qui débutent d'une façon brusque et soudaine. Alors que la malade était en très bonne santé apparente, brusquement, soit sans cause, soit à la suite d'un effort (défécation), elle ressent dans le bas-ventre ou la fosse iliaque (le plus souvent à droite : 19 fois sur 27) une douleur, syncopale chez quelques malades, généralement assez forte pour l'obliger à s'aliter, et dont le degré varie avec celui de la torsion et de la réaction du péritoine.

Signalons comme autre localisation de cette douleur initiale : la région ombilicale, la région lombaire et le flanc (Baron), l'hypocondre (Demons). Cette douleur est souvent accompagnée de nausées ou de vomissements et de constipation, rarement de la diarrhée, et du ballonnement de l'abdomen, ensemble de phénomènes traduisant l'irritation péritonéale.

Les irradiations de cette douleur se font dans tout l'abdomen et vers la cuisse du côté correspondant à la lésion. Bouilly les a signalées jusque dans l'aisselle.

De la dysurie et des métrorragies ont été mentionnées.

Le facies est intact, la fièvre peu marquée, l'état général bon dans la plupart des cas, ce qui dénote que l'atteinte du péritoine est légère. Comme le dit le professeur Chavannaz :

« Ce tableau de la péritonite est simplement esquissé, et si les différents signes du retentissement péritonéal peuvent être relevés chez la patiente, il est rare qu'on puisse croire à une péritonite aiguë, d'intensité marquée. »

De durée variable (quelques heures à plusieurs jours, douze jours dans une observation de Bouilly), cette crise disparaît généralement d'une façon complète, sauf dans quelques cas où il persiste un léger endolorissement de la région avec réveil de la douleur au moindre attouchement.

Rares sont les malades qui viennent consulter le médecin après cette première crise. La rémission qui la suit leur paraissant satisfaisante, elles ne s'inquiètent pas de leur sort et continuent à vaquer à leurs occupations jusqu'au jour où une deuxième, une troisième crise ou même davantage les oblige alors à s'aliter de nouveau et à passer sur la table d'examen, à moins que dès la première crise des phénomènes graves d'obstruction intestinale (Reamy) n'aient nécessité une opération d'urgence.

Ces rémissions, très capricieuses dans leur durée, persistent tantôt quelques jours, tantôt des mois, ou même des années (six ans : Loubat).

Ces signes fonctionnels sont de première importance, car c'est grâce à eux que l'on pourra songer à une torsion pédiculaire.

L'examen physique, indispensable lui aussi en matière de diagnostic, permettra au chirurgien de reconnaître le kyste du parovaire.

Inspection. — Mettant à part les cas où la déformation de l'abdomen ressort d'une obstruction intestinale (Reamy) ou d'une péritonite aiguë surajoutée (Fauvel), l'inspection permet de noter lorsque le kyste possède un certain volume qui l'a fait remonter au-dessus du détroit supérieur une disten-

sion de la paroi, généralement localisée, soit sur la ligne médiane, soit sur un des côtés donnant alors au ventre un aspect asymétrique. Dans la majorité des cas, cette voussure de la paroi n'est modifiée ni dans sa forme ni dans son volume lorsqu'on fait passer la malade de la station debout dans le décubitus dorsal, puis latéral.

Palpation. — Elle doit être surtout bimanuelle et permet alors de préciser les notions acquises par l'inspection. Souvent elle décèlera des tumeurs qui, par suite de leur volume réduit, n'avaient pas encore déformé la paroi abdominale antérieure. Tantôt si petite que à peine on la sentira du bout des doigts dans la profondeur du petit bassin, tantôt remontant très haut dans l'abdomen où elle est facilement palpable comme un utérus gravide.

Le plus souvent un peu douloureuses, de surface lisse et régulière, ces tumeurs se laissent plus ou moins mobiliser suivant que le péritoine a réagi ou non autour d'elles par des adhérences inflammatoires qui l'immobilisent dans une situation également variable; enfin, la brièveté du pédicule est une autre cause de fixité relative des kystes du parovaire dans l'excavation pelvienne. L'empâtement et une contracture localisée des muscles de la paroi abdominale antérieure dénotent parfois la réaction qui s'est produite au niveau du péritoine et du muscle sous-jacent. « A la palpation, résistance à droite où l'on trouve de l'empâtement, de la douleur provoquée, et une certaine défense de la paroi. » Tels sont les signes qui, dans l'observation du professeur Guyot, ont été fournis par la palpation. De plus, cette méthode d'examen permettra d'apprécier la consistance de la tumeur. Celle-ci est très variable. Le plus souvent fluctuante (10 cas) ou rénitente (4 cas), elle peut être parfois dure à tel point qu'on a pu prendre ces kystes pour un fibrome (2 observations) (Herbeaux).

Percussion. — Tant que le kyste évolue dans le petit bassin, cette méthode d'investigation ne donne pas des renseignements très nets.

Plus tard elle révélera de la matité sur toute son étendue, ma-

tité fixe qui ne se déplacera pas par les changements de position de la malade.

Des anses intestinales peuvent se placer en avant du kyste et donner ainsi une sonorité qui peut induire en erreur.

Toucher vaginal. — Ne doit jamais être omis et toujours pratiqué combiné au palper abdominal. Il dénote alors une tumeur plus ou moins fluctuante, généralement douloureuse, surtout si l'examen est pratiqué peu après une crise. Cette tumeur déprime un des culs-de-sac vaginaux par sa masse arrondie, et est séparée par un sillon du corps utérin qu'elle entraîne au-dessus du bassin et qu'elle dévie du côté opposé au kyste, c'est-à-dire le plus souvent à gauche, ou bien qu'elle fixe en rétroversion. Ce corps utérin est normal comme consistance et comme volume. Toutefois on le trouve parfois un peu gros. Le col est également normal, à moins d'une infection surajoutée.

La ponction aspiratrice a été faite rarement comme moyen de diagnostic; nous y reviendrons du reste au diagnostic et au traitement, car elle est à déconseiller. Baron signale cette pratique dans une de ses observations, et encore le liquide « eau de roche » que l'on recueillit fit porter le diagnostic de kyste hydatique.

En résumé, crises douloureuses, le plus souvent peu intenses, avec légère réaction péritonéale, troubles du côté des règles. Etat général bon, asymétrie de l'abdomen, tumeur juxta-utérine enclavée dans le petit bassin, généralement fluctuante et un peu douloureuse, tels sont les symptômes qui devront faire penser à la possibilité d'un kyste para-ovarien à pédicule tordu.

Dans presque toutes les observations que nous avons eues sous les yeux, le symptôme douleur était prédominant et, de fait, c'est celui-là qui amène le plus souvent la malade au médecin. Mais il ne se présente pas toujours dans les mêmes conditions, et si le tableau clinique de la maladie que nous étudions est, dans la majorité des cas, calqué sur le plan

que nous venons d'en donner, il n'en est pas moins vrai que, parfois, la douleur du début ne présente pas cette acuité syncopale qui lui a fait donner le nom de *crise*. Dans 9 observations, les malades ont commencé par éprouver des douleurs progressives constantes; puis les crises ont apparu au bout d'un certain temps, ou bien même les crises font complètement défaut et seules persistent ces douleurs continues plus ou moins régulières; tantôt elles se manifestent par une dysménorrhée déjà ancienne sur laquelle a insisté le professeur Mériel, dans une de ses observations où il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, Mme B... « ... ayant l'apparence d'une bonne santé. Cependant ses règles furent toujours douloureuses; à certaines époques menstruelles, le ventre se ballonnait et on était amené à faire sur le ventre des applications chaudes. J'appelle déjà l'attention sur ces menstruations douloureuses, provoquant une sorte de réaction péritonéale. Au cours de l'acte opératoire, j'en ai trouvé l'explication contrôlant ainsi l'exactitude de ces crises péritonitiques ébauchées mensuellement... A part cette donnée très importante, l'histoire générale de la malade ne nous apprendra rien d'autre; jamais de suspension de règles, jamais de fausse couche, pas de pertes blanches. Depuis quelques mois, Mme B... se plaint d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de constipation... Laparotomie le 7 décembre 1908. On tombe sur une tumeur kystique qui adhérait, par toute sa partie postérieure et par son dôme, à l'intestin et à l'épiploon. Elle tenait aussi au péritoine pariétal par ses parties latérales. Mais ces adhérences, qui expliquaient les crises péritonitiques au moment des époques menstruelles, ne devaient être que d'un faible intérêt à côté de ce que je trouvais ensuite. Je ponctionnais le kyste sur la ligne médiane, puis je commençais à l'extérioriser. Au moment de mettre une pince-clamp sur le pédicule, je m'aperçois qu'il est tordu sur lui-même une fois et demi, qu'il est court et qu'il comprend l'ovaire et la trompe; il s'agissait, en définitive, du kyste du parovaire gauche à pédicule tordu. »

Voilà donc une observation pas très classique et qui prouve que le médecin doit bien examiner les malades qui se présentent avec une dysménorrhée ancienne et persistante et des troubles péritonitiques d'origine obscure tout d'abord.

D'autre part, il ne faut pas conclure que la douleur, sous forme de crise aiguë violente ou de douleurs progressives et sourdes, soit indispensable dans le tableau clinique des kystes du parovaire à pédicule tordu. Témoins les 3 observations de Vauvertz, de Fieux et Bégouin (« ...où la torsion a été déclanchée par un accouchement prématuré, et s'est faite avec des symptômes très peu marqués, *sans douleurs*, ni météorisme) et de Cortiquera. Cette dernière, quoique ancienne (1896), n'en conserve pas moins ses caractères exceptionnels et mérite de ne pas tomber dans l'oubli; c'est pourquoi nous la reproduisons ici, à la fin de ce chapitre de symptomatologie.

« Jeune fille de 15 ans; elle vit, il y a un an, son ventre augmenter démesurément de volume *sans douleurs, sans troubles* d'aucune sorte, sauf du côté de la menstruation qui, devenue très irrégulière, avait disparu deux mois avant l'examen.

» La malade avait absolument l'aspect d'une femme au terme de sa grossesse; la malade d'ailleurs était vierge. Pas de tumeur sensible ni au palper abdominal, ni au toucher, rendu très difficile par l'étroitesse de la vulve et du vagin. L'abdomen, distendu, ballonné uniformément, semblait occupé en totalité par une grande quantité de liquide avec sensation de flot dans les flancs. Pas de matité, ni médiane ni dans les flancs, ni de sonorité bien nette. En un mot, partout l'évidence de la présence du liquide sans qu'il soit possible de délimiter aucune tumeur solide : on hésitait entre une axite considérable et un kyste ovarien à parois fort minces.

» L'absence d'œdème et l'ensemble des symptômes militaient en faveur d'une tumeur ovarique, entourée peut-être d'une couche de liquide ascitique. En percutant avec soin, on observait sur les côtés un son plus tympanique et à la région ombilicale une sensation de flot plus nette.

» Il en déduisit l'existence probable d'une tumeur ovarienne kystique, à parois très minces, uniloculaires, ayant pris naissance dans le parovaire.

» Deux jours après, laparotomie. On tombe sur un énorme kyste deux fois tordu sur son pédicule, contenant 12 litres de liquide et qui occupait tout l'abdomen.»

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de kyste du parovaire à pédicule tordu n'est pas facile. Ce qui le prouve bien, c'est que beaucoup de chirurgiens de haute valeur s'y sont trompés et que, en principe, ce diagnostic n'est jamais porté en entier. Nous n'avons retrouvé qu'une seule observation, celle des docteurs Fieux et Chavannaz, où la laparotomie avait confirmé le diagnostic.

Dans le tableau clinique que nous avons étudié au chapitre précédent, nous ne pouvons retrouver un seul signe qui soit pathognomonique de la rotation axiale. Un fait cependant pourrait mettre sur la voie du diagnostic. Ce serait l'examen physique et chimique du liquide retiré par ponction. Et encore ne faudrait-il pas trop s'emballer; nous avons vu que, le plus souvent, si ce liquide était clair, eau de roche, parfois il est teinté de rose ou franchement hématique, pouvant, dès lors, faire croire à toute autre lésion, néoplasique par exemple, voire même une grossesse extra-utérine rompue, surtout si la ponction a été faite par voie vaginale.

D'autre part, cette exploration n'a pas empêché le docteur Chaput, à la vue de ce liquide « eau de roche » qui coulait de son trocart, de confirmer l'hypothèse de kyste hydatique qu'il avait faite sur sa malade.

On pourrait, à la rigueur, mentionner ce signe dans le tableau clinique de l'affection, mais en second plan, au rang des signes accessoires, comme signe de probabilité et non de certitude.

D'autre part, nous l'avons déjà dit, et nous y reviendrons en détail plus loin, la ponction, pratiquée en vogue autrefois, doit être aujourd'hui déconseillée.

Seul un ensemble de circonstances survenant dans un ordre donné pourra quelquefois faire songer le chirurgien à une tumeur du ligament large avec torsion pédiculaire.

Il en est ainsi lorsque, au cours d'un examen antérieur, on a diagnostiqué la présence d'un kyste para-ovarien dans le pelvis ou l'abdomen. C'est là déjà un point de repère très important qui conduira le clinicien à la précision du diagnostic lorsqu'une crise nette, évidente, se déclarera dans la suite. Donc, comme dans tous les cas compliqués, il faut d'abord en faire, autant que possible, l'analyse, c'est-à-dire reconnaître d'abord le kyste para-ovarien, deuxièmement penser à la torsion du pédicule.

Sur quoi donc peut-on se baser pour soupçonner un kyste para-ovarien ?

Koeberlé, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, écrit :

« Le diagnostic de kyste du parovaire se fonde : 1° sur la bonne mine des malades, ordinairement assez grasses; sur le développement lent de la tumeur, sur sa fluctuation très manifeste, à moins que la tumeur ne soit très petite et la malade très grasse; sur la fixité relative de la matrice, parce que les tumeurs para-ovariennes se rapprochent des parois de la matrice en se développant dans les ligaments larges; sur le déplacement éventuel soit de l'S iliaque, soit du cæcum qui la recouvre dans certains cas sur les parties inférieures et latérales du ventre; 2° sur la limpidité incolore, sur la fluidité et l'état salé du liquide qui est dépourvu d'albumine. »

Goodel, in *The American of obst.*, 1888, donne également des indications précises :

« Il faut soupçonner, dit-il, la présence d'un kyste intraligamentaire quand la matrice, augmentée de volume et déjetée latéralement, paraît si intimement unie au kyste au point de simuler une tumeur fibro-kystique de l'utérus; toutes les fois que le catétérisme de la vessie montre que cet organe est allongé verticalement; quand la progression intrapelvienne de la tumeur aplatit le rectum ou efface le cul-de-sac postérieur; lorsque la tumeur gêne l'acte de défécation et la miction, enfin

quand un kyste solidement fixé affecte une forme asymétrique et est plus développé d'un côté du bassin que de l'autre. »

En résumé, on se basera, pour faire le diagnostic de kyste du ligament large, sur l'examen physique. A l'inspection, ventre asymétrique plus développé d'un côté que de l'autre; la percussion dénotera un refoulement en arrière du cæcum par la tumeur qui sera venue occuper la fosse iliaque droite, d'où matité. Le toucher vaginal indispensable montrera un col haut situé, un corps utérin refoulé sur un des côtés ou même complètement rétroversé dans le Douglas et à sa place, dans un des culs-de-sac latéraux, une tumeur arrondie, lisse, régulière, parfois dépressible et fluctuante, séparée du col par un sillon. Un autre signe, qui aurait beaucoup d'importance, mais qui malheureusement est rare, est la perception; à côté de la tumeur, de l'ovaire du même côté, tantôt sain, tantôt légèrement augmenté de volume ou scléro-kystique.

Quant à la torsion, deux cas se présentent en pratique suivant que le médecin est appelé auprès de la malade pendant une crise douloureuse ou en dehors d'une crise.

Nous ne nous arrêterons pas à ces cas, rares du reste, et dont nous avons déjà parlé dans la symptomatologie où toute la maladie a évolué à bas bruits, sans douleurs ou presque, malgré une torsion pédiculaire nette. Ces cas, dont nous avons eu plusieurs observations sous les yeux, sont impossibles à diagnostiquer.

1° PENDANT LA CRISE, la précision du diagnostic n'est pas chose facile, car les douleurs sont en général accrues par les différents procédés d'investigation, palper et toucher vaginal surtout.

Souvent, en effet, le chirurgien pense à une *crise d'appendicite* ou un *pyosalpinx* en évolution. Mais alors le tableau clinique est plus grave et s'accompagne d'une poussée thermique assez marquée. De plus, la crise dure plus longtemps que dans un cas de torsion pédiculaire. Si les malades se plaignent des reins (localisation fréquente au cours des affections douloureuses de l'appareil génital), si ces douleurs, souvent pro-

voquées par les déplacements du corps, s'accompagnent de dysurie, et si la température reste peu élevée, il est tout naturel de penser à une *crise de lithiase rénale*. Cette erreur a été commise plusieurs fois. L'interrogatoire minutieux de la malade, ses antécédents, ses commémoratifs pourront quelquefois faire éviter des erreurs.

Entre la *crise de torsion d'un kyste de l'ovaire* et celle d'un kyste du parovaire, l'analogie est très grande et les plus célèbres cliniciens s'y sont mépris.

En premier lieu, le symptôme douleur, qui est prédominant, est un symptôme purement subjectif, donc, interprété différemment par les malades. Toutefois, il semble que lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire cette douleur est plus violente. Est-ce parce que dans le pédicule étranglé passent des nerfs qui n'existent pas ou existent exceptionnellement dans le pédicule des kystes paraovariens ?

On pourrait aussi chercher non pas une différence bien marquée, mais une simple nuance dans la forme et l'intensité des divers éléments de la crise. Nous avons vu que dans les cas de kyste du ligament large, la malade supporte assez bien sa crise qui n'effraye pas outre mesure l'entourage. Si on est en présence d'une tumeur ovarienne, « ... brusquement la malade éprouve une douleur abdominale atroce, parfois syn-copale; il survient des nausées ou des vomissements, des sueurs froides; la respiration est brève et saccadée ».

Malgré cela, il faut reconnaître qu'il y a beaucoup de malades « ovariennes » qui font des crises atténuées et que certaines « paraovariennes » font des crises dramatiques, telle celle de Favreau et Lacouture. Mais ce n'est pas la règle.

D'ailleurs, à ce moment-là, en pleine crise, cette différence importe peu, le traitement restant le même : traitement palliatif, symptomatique, qui soulage la malade, ce pourquoi elle a recours au médecin.

2° EN DEHORS D'UNE CRISE. — C'est ici que le champ des hypothèses s'agrandit; presque toute la pathologie abdomino-pelvienne y passerait si on voulait discuter tous les diagnostics différentiels.

Nous nous contenterons de citer à titre de curiosité :

Les kystes de l'utérus, les *fibromes utérins*, les hémato-
mèles péri-utérines, les kystes hydatiques, les *hydrosalpinx*, les
hydropisies enkystées du péritoine, les *kystes de l'ovaire*, la
grossesse, les kystes séreux de l'épiploon, les abcès froids ve-
nant du rachis ou de l'enceinte pelvienne, les kystes du mé-
sentère, du rein, la rétention d'urine, les tumeurs fibro-kysti-
ques de l'utérus, l'*ascite*, les *grossesses extra-utérines*, les kys-
tes de la rate, les tumeurs tuberculeuses des ovaires, la cellu-
lite et les abcès pelviens, l'ostéosarcome du bassin, les tumeurs
stercorales, les tumeurs du ligament large et du ligament rond,
etc., etc.

Comme le dit le professeur Lanelongue (de Bordeaux) dans
une de ses cliniques : « Du pus, du sang, de la sérosité peuvent
ici former des collections, et j'ai le devoir de vous prémunir
contre une erreur de diagnostic toujours possible dans une
région où, pour agir avec certitude, vous devez toujours envi-
sager dans un examen sérieux, tous les cas, même les plus im-
probables. »

Toutefois nous ne nous arrêterons pas longtemps à discuter
la possibilité d'un abcès chaud, d'un abcès ossifluent, d'un
kyste du rein, d'une rétention d'urine, etc., etc. Nous ne
retiendrons de toute cette énumération que les principales af-
fections, celles dont le diagnostic est intéressant à discuter :

a) *Les kystes de l'ovaire* constituent l'erreur la plus fré-
quemment commise. On pourra les différencier par les carac-
tères suivants: Au point de vue fonctionnel, on observe sur-
tout, lorsque le kyste ovarien reste bas situé, des troubles di-
vers et en particulier des douleurs pelviennes, abdominales
ou crurales, dues à des phénomènes de compression nerveuse
ou bien de l'enflure des jambes par compression de la veine
iliaque externe; les règles sont généralement diminuées ou
même supprimées. Au point de vue physique, la saillie abdo-
minale est médiane, symétrique, pointant en avant en forme
de cône. A la palpation, cette tumeur est bosselée (nous pre-
nons le cas de kyste multiloculaire qui est le plus fréquent),

irrégulière, de consistance variable suivant les points examinés; ici molle, là rénitente; une matité dans la région hypogastrique et remontant plus ou moins haut vers l'ombilic avec sa limite caractéristique sous forme d'une ligne concave en croissant, regardant vers le pubis, cette matité est fixe; quelquefois un peu d'ascite dans les flancs, mobile suivant les positions de la malade, ce qui est très rare dans les kystes paraovariens;

b) *L'hydrosalpinx*, surtout lorsqu'il s'accompagne de torsion périculaire, peut simuler un kyste du parovaire. Mais sa forme allongée, perceptible au toucher vaginal, la bilatéralité fréquente et les commémoratifs d'une infection puerpérale ou gonococcique feront reconnaître l'origine tubaire de l'affection. Ajoutons que la tumeur est difficilement perceptible au palper abdominal parce que profondément située au fonds de l'excavation et généralement petite, de sorte qu'elle ne dépasse pas ou dépasse très peu le détroit supérieur;

c) *Un pyosalpinx* volumineux et refroidi faisant saillie dans un cul-de-sac est généralement dur et a été précédé d'une série de phénomènes gynécologiques de la plus haute importance. Outre les douleurs spontanées, on note des douleurs à la marche, au travail, au coït; l'état général est atteint, il y a une fièvre hectique tous les soirs, 38°, 38°5, même en dehors des crises; souvent des troubles nerveux apparaissent, les malades sont plus irritables. A l'examen local, l'utérus est plus ou moins immobilisé et se rappeler que la mobilité du corps et du col n'est franche et indolente qu'en l'absence d'annexite;

d) *La grossesse juxta-utérine* peut, à l'examen physique, se rapprocher de l'aspect d'un kyste paraovarien; mais les antécédents d'une part, le volume de la tumeur d'autre part, et son accroissement régulier et plus rapide attireront les soupçons du chirurgien; l'interrogatoire de la malade sera également précieux;

e) *L'hématocèle péri-utérine*, presque toujours consécutive à une grossesse extra-utérine rupturée. L'étude précise de la succession des accidents montrera que la crise dramatique

avait été précédée de signes plus ou moins nets de grossesse, qu'elle est survenue à une époque où la malade aurait dû avoir ses règles, alors qu'elle ne les avait plus depuis deux ou trois mois, que cette crise a été accompagnée d'un écoulement sanguin par l'utérus et l'expulsion d'une caduque. Le facies caractéristique, pâle, les muqueuses palpébrales et conjonctivales décolorées, le pouls petit, l'état général très faible seront la signature de l'hémorragie interne. L'utérus paraît gros, le col mou, entr'ouvert comme au début d'une grossesse;

f) *Une tumeur fibrokystique* de l'utérus peut porter à confusion. En effet, un fibrome est susceptible, peu à peu ou tout d'un coup, de subir une transformation kystique, alors même qu'il s'agit d'une femme âgée. Ce fibrome peut se tordre sur son pédicule s'il est sous-péritonéal. Cependant les cysto-épithéliomes utérins sont loin d'avoir une fluctuation aussi marquée que dans la plupart des kystes paraovariens. Leur paroi est toujours assez épaisse pour qu'il soit difficile de constater cet. ^{la} fluctuation. Enfin ils ne se forment jamais sans amener autour d'eux une certaine réaction et sans provoquer des douleurs souvent continues et assez vives. D'autre part, il y aurait eu dans le passé de la malade des ménorragies, et enfin, l'hystéromètre décèlerait peu ou prou un allongement de la cavité utérine;

g) *Une suppuration kystique*; fait rare qui s'accompagne de phénomènes généraux intenses et continus, durant plus qu'une crise de torsion habituelle; la température subit de grandes oscillations quotidiennes. Et enfin cette suppuration arrive le plus souvent à la suite d'une infection générale : grippe, typhoïde, infection puerpérale;

h) *Uns ascite cloisonnée*, forme de la tuberculose péritonéale, évolue sans grosse crise douloureuse, mais l'état général périclité; alternative d'augmentation et de diminution du volume du ventre; rechercher le syndrome de Baudelier;

i) *Une ascite libre*. — Ici, aucune tumeur localisée; matité bilatérale changeant facilement de place, ventre de bactracien. Parfois un kyste para-ovarien a une paroi si mince

et un volume tel qu'il est susceptible de se déformer facilement : cas de Cortiguera « ...en un mot, partout l'existence évidente de liquide; sans qu'il soit possible de déterminer aucune tumeur solide. » Mais alors, au toucher vaginal, on trouve un utérus refoulé en bas avec tous les culs-de-sac vaginaux distendus par du liquide et presque toujours coexistent les signes d'une affection rénale, hépatique ou cardiaque.

En somme, si, *a priori*, il semble facile en théorie d'éviter ces erreurs, en pratique il n'en est pas de même, les symptômes « pour » se mêlant souvent aux symptômes « contre » pour rendre le diagnostic encore plus complexe. Cependant il paraît probable que, rien que le fait de penser, en présence d'une tumeur du petit bassin, à la possibilité d'un kyste para-ovarien diminue beaucoup les chances de l'erreur.

Si donc le diagnostic précis et juste de kyste para-ovarien à pédicule tordu, qui doit être la conséquence d'un examen clinique sérieux, ne peut être fait, dans la majorité des cas, l'erreur commise ne sera pas préjudiciable pour la malade; en effet, un kyste de l'ovaire, un hydrosalpinx, un pyosalpinx, un kyste suppuré, aboutissent à la même conclusion, la laparotomie, à la fois grande vérificatrice des diagnostics en matière de pathologie abdomino-pelvienne et porte d'entrée du bistouri libérateur.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic des kystes-para-ovariens, même à pédicule tordu, est généralement bénin. De fait, dans toutes les observations que nous avons eues sous les yeux (mettant à part le cas de Bégouin et Fieux, où la malade est morte deux jours après l'opération), seule celle de Cushier mentionne la mort de la malade, qui a eu lieu, semble-t-il, par anémie : « Depuis six mois, elle avait des hémorragies très abondantes, facies pâle, pouls petit. » Toutefois, le péritoine paraît avoir lui aussi précipité les événements : « ...la malade vomit continuellement, elle a de la diarrhée; température, 38°4. »

Les kystes du ligament large, en effet, évoluent généralement avec lenteur, au moins les kystes hyalins, et leur développement n'a pas sur l'organisme le retentissement que l'on observe avec les kystes ovariens : dyspnée, perte de l'appétit, amaigrissement progressif, facies ovarien. Bref l'état général se conserve le plus souvent bon; la maladie évolue par poussées successives, par crises plus ou moins espacées entre lesquelles la malade ne se plaint pas, mais qui rendent sa situation insupportable, de sorte que c'est elle-même qui vient réclamer du chirurgien l'intervention libératrice.

Cependant il faut bien se garder de dire que ces kystes sont complètement inoffensifs, hormis les kystes papillaires qui ont une tendance naturelle à la malignité et à la récurrence post-opératoire (Lawson Tait), les kystes hyalins peuvent aussi parfois donner des récidives après leur ablation.

Cela se voyait surtout autrefois, lorsqu'on commençait à opérer ces tumeurs. Une ablation parcimonieuse laissait sub-

sister dans le ligament large d'autres vestiges embryonnaires aux dépens desquels se formait dans un délai plus ou moins long un autre kyste.

Parmi ces accidents qui viennent grossir le tableau clinique, il en est une catégorie qui relèvent du *volume de la tumeur*, mais qui sont généralement d'importance trop secondaire pour mériter le nom de complication. En se développant d'une façon trop anormale, un kyste, surtout lorsqu'il reste pelvien, peut *comprimer les organes voisins* et en particulier la portion terminale du tube digestif, donnant lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale. Mais en clinique, quand on est en face d'une constipation opiniâtre, pour tant soit peu qu'il y ait de la fièvre et quelques vomissements ou nausées surajoutés, on est en droit de se demander aussi si la malade ne fait pas une crise de péritonite aiguë si fréquente lorsque le pédicule de la tumeur se tord.

La vessie également peut être l'objet de compression ou de tiraillement, d'où phénomènes de cystite irritative, dysurie et pollakiurie.

L'oblitération des uretères serait plus à craindre, mais heureusement elle est exceptionnelle; à l'hydronéphrose primitive succéderait rapidement une anurie sécrétoire et même une crise urémique qui pourrait venir assombrir le pronostic. La compression peut aussi s'exercer sur les vaisseaux sanguins et en particulier sur les veines iliaques, d'où œdème et gonflement des membres inférieurs. Dans l'observation de J.-L. Faure, des alternatives de gonflement des pieds et des jambes furent, avec quelques douleurs anciennes, les seuls symptômes accusés par la malade malgré un pédicule tordu de un tour.

Tous ces accidents de compression qui ont pour résultat de diminuer la lumière d'un canal peuvent être aussi le fait des adhérences inflammatoires réactionnelles qui, naissant à la surface du kyste vont d'autre part se fixer sur n'importe quel autre organe (intestin, vessie, vaisseaux, utérus), tirailler ceux-ci et en gêner le fonctionnement normal.

Une autre lésion qu'il est très fréquent aussi d'observer à

l'examen clinique ou à la laparotomie, c'est le *déplacement des organes* et surtout de l'utérus qui peut occuper des positions très variables; rejeté tantôt à droite, tantôt à gauche, souvent en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, où parfois il se fixe par des adhérences, il peut aussi être refoulé très haut dans l'abdomen et on comprend ainsi les troubles dysménorrhéiques accusés par les malades au moment de leurs époques menstruelles.

L'hémorragie intrakystique est, avons-nous vu, chose fréquente au cours de la torsion pédiculaire. Généralement de peu d'importance, elle n'anémie pas les malades comme une hémorragie intrapéritonéale, par exemple. L'attention du médecin sera alors attirée par la constatation, au cours de deux examens successifs faits à quelques jours d'intervalle, d'une augmentation notable de la tumeur.

Autre complication plus grave et plus sérieuse de la torsion pédiculaire : c'est la *gangrène par oblitération complète des vaisseaux*, gangrène pouvant entraîner l'amputation complète du pédicule et la mise en liberté du kyste dans la cavité péritonéale, au milieu des anses intestinales, ou bien cette gangrène peut siéger au niveau de la paroi kystique sous forme d'une petite plaque mince, fragile, qui peut se rompre et laisser s'épancher le contenu dans l'abdomen. Le pronostic dépendra alors du contenu kystique et sera des plus graves, on le conçoit, si le liquide est septique. L'inflammation de l'utérus et de ses annexes peut être le point de départ de cette infection qui se produit, dès lors, soit par propagation directe, soit par apport vasculaire, ou par la voie lymphatique, grâce aux adhérences. On a même accusé les microbes de provenir directement du rectum dont ils traverseraient la paroi. Si, au contraire, le liquide intrakystique a conservé ses caractères primitifs de stérilité, son épanchement hors du kyste n'aura aucune importance sérieuse, c'est ordinairement un accident sans gravité qui peut même se produire sans que la malade s'en aperçoive, et celle-ci peut guérir d'une façon définitive par la suite (Lanelongue, de Bordeaux).

Dans le cas de kystes papillaires, par l'ouverture ainsi produite, peuvent faire hernie des végétations néoplasiques qui iront se greffer un peu partout sur les organes voisins et contracter avec eux des adhérences, et on tombe ainsi de complications en complications.

Donc, le mieux, pour éviter tous ces accidents, très rares nous le répétons, mais non impossibles, le mieux est de les prévenir en faisant disparaître la tumeur, c'est-à-dire en opérant ces malades dès qu'on a reconnu la présence d'un kyste, même si son origine, si sa nature n'est pas affirmée.

TRAITEMENT

La seule méthode thérapeutique efficace est l'extirpation de la tumeur par laparotomie.

Toutefois, on soignait déjà depuis longtemps des kystes de l'ovaire et du parovaire avant que cette pratique chirurgicale fût lancée et adoptée par tous les chirurgiens, comme elle l'est à l'heure actuelle.

Au début, deux méthodes se partageaient la préférence des cliniciens :

La ponction simple et la ponction suivie d'ablation.

La ponction simple fut préconisée par Bird, et jusqu'en 1873, on pensa qu'elle suffisait pour obtenir la guérison de ces kystes, et réciproquement on admettait que les kystes de la région pelvienne, que la ponction simple parvenait à guérir, étaient des kystes paraovariques. Certains auteurs firent alors la ponction aspiratrice avec le gros trocart de l'appareil de Potain. Enfin, le professeur Panas publia les succès qu'il obtenait en injectant une solution iodée dans la poche kystique après évacuation préalable de son contenu. Ces injections ont, en général, donné de bons résultats au moins immédiats ou dans les quelques mois qui suivirent. Mais nombreuses étaient les malades qui revenaient au chirurgien huit, dix mois après, avec leur kyste de nouveau volumineux comme auparavant. Beaucoup d'opérées même faisaient leur récurrence plus tard, au bout de deux-trois ans. On s'aperçut alors que la ponction n'était qu'un moyen palliatif et temporaire; d'autre part, une observation de Jeanmel vint encore ébranler la confiance qu'on avait dans ce procédé. Il s'agissait, en effet, d'une malade qui,

à la suite de ce traitement, venait de faire des phénomènes inflammatoires graves du côté de son péritoine et des accidents d'iodisme très marqués. Il est vrai qu'on avait fait à la malade une injection de 560 grammes de solution iodée contenant 280 grammes de teinture d'iode !... Toutefois, la ponction suivie d'injection trouvait encore ses défenseurs, plus prudents il est vrai. C'est ainsi que Lanelongue (de Bordeaux), disait dans une de ses cliniques magistrales : « On ne saurait trop recommander la prudence et la précaution nécessaires quand l'injection iodée doit être faite. » Ensuite, le grand Maître bordelais donne la technique à employer dans cette opération : « Après avoir pénétré dans le kyste avec un trocart assez volumineux, dit-il, on introduit par la canule qu'on retire ensuite une sonde en gomme sur laquelle se fixent, sans l'abandonner, les parois du kyste.

» L'injection, iodée à moitié, est poussée lentement par cette sonde (125 à 150 grammes suffisent). On attend cinq à dix minutes et on évacue complètement le liquide injecté. Après avoir retiré la sonde, en ayant soin de pincer la peau comme on fait dans la ponction d'hydrocèle, on exerce une compression bien uniforme et forte avec des feuilles d'ouate superposées et un bandage de corps pour appliquer aussi exactement que possible les parois du kyste l'une contre l'autre. »

Puis peu à peu les idées s'aiguillent dans une autre direction : l'extirpation du kyste. Les observations de non-guérison et de récurrence chez les malades ponctionnées augmentent de jour en jour, si bien que Terrillon déclare à la Société de Chirurgie que, en matière de kyste parovarique, « la guérison après la ponction est l'exception, la récurrence est la règle ».

• L'opération radicale gagne peu à peu du terrain, mais les défenseurs de la vieille méthode ne lui cèdent le pas que très prudemment.

Just Lucas-Championnière, qui fut pourtant un des premiers à encourager l'ablation, disait : « S'il est indiqué d'opérer le plus tôt possible les kystes de l'ovaire, il ne faut pas proscrire pour cela la ponction » ; et Lanelongue déclarait aussi : « La guéri-

son est souvent obtenue ainsi, mais il ne faut jamais y compter absolument, et il est bon de réserver à l'ovariotomie les droits qui lui appartiennent dans le cas où la ponction et l'injection irritante ne réussissent pas. » Duplay écrivait également : « Quand on a fait le diagnostic de kyste paraovarien, c'est la ponction qu'il faut employer. Quand la ponction échoue, l'ovariotomie me paraît favorable à l'injection iodée. » Bref, on peut résumer les idées de l'époque aux conclusions de Terrier (Société de chirurgie) : « Quelques exemples bien nets permettent cependant d'affirmer la guérison après une ou plusieurs ponctions, mais ils sont rares.

» Aussi doit-on toujours pratiquer la ponction quand on soupçonne un de ces kystes. L'ablation complète ou incomplète s'impose ordinairement après les récidives. »

Outre ces insuccès, la ponction n'était pas une manœuvre complètement dépourvue de dangers et c'est aussi pour cela qu'elle a été abandonnée. Le trocart, en effet, peut très bien perforer une anse intestinale malencontreusement fixée par des adhérences sur la paroi antérieure du kyste. De même, un vaisseau pourrait être atteint, d'où hémorragies pouvant avoir de graves conséquences. Dans un cas cité par le professeur Tédénat, le trocart amena dans la paroi abdominale quelques débris épithéliaux d'un kyste papillaire. Quelques mois après, il se développa une trachée néoplasique, « sorte de gros clou dont la tête aplatie s'étalait dans le tissu cellulaire sous-cutané. ».

On conçoit ainsi que des bourgeons papillomateux puissent faire saillie à travers l'orifice kystique et se répandre plus ou moins loin sur le péritoine.

Toutefois, il faut reconnaître que, lorsqu'on a diagnostiqué à coup sûr un kyste para-ovarien et que la malade, pour des raisons d'ordre général est incapable de supporter une anesthésie générale suivie d'une laparotomie, la ponction peut donner des résultats heureux, mais, encore une fois, il ne faut pas y compter d'une façon absolue.

L'ovariotomie n'est pas une opération nouvelle-née en chirurgie.

En 1882, Just. Lucas-Championnière en fut le précurseur en France. Terrier et Térillon se rangèrent ensuite à ses côtés. Cependant, en Allemagne, Kœberlé, Müller, Schatz, avaient déjà laparotomisé leurs malades, mais n'avaient enlevé qu'une partie de la paroi du kyste en suturant ensuite les bords aux lèvres de la plaie abdominale après drainage. En un mot, ils faisaient une marsupialisation.

Nous nous arrêterons très peu sur les kystes inclus.

Ici, comme ailleurs, l'ovariotomie s'impose; mais, particularité dans la technique, lorsque le kyste n'est pas trop adhérent au péritoine qui le recouvre, il sera préférable de faire une énucléation. Incisant d'un coup de bistouri prudent, afin de ne point perforer la mince paroi kystique, le feuillet du ligament large qui recouvre la tumeur, on passera l'extrémité digitale, recouverte d'une compresse, à travers la boutonnière péritonéale et on décollera ensuite la séreuse de la paroi kystique jusqu'à complète libération de la tumeur. Toutefois, il ne faut pas croire que cette décortication soit toujours facile. Hartmann fut obligé de l'interrompre, « le kyste se prolongeant très bas vers le plancher pelvien, et de laisser en place le fond du kyste ».

Un grand nombre d'opérateurs, dès le ventre ouvert, ponctionnent la tumeur avant de procéder à son énucléation.

Si le kyste est pédiculé, tordu ou non, l'opération est plus facile. Après laparotomie sous-ombilicale et ponction du kyste, si celui-ci est trop volumineux, on transfixe le pédicule à l'aide d'un catgut et on le lie à sa base aussi près que possible du ligament large, puis on le sectionne immédiatement au-dessus de la ligature.

Certains auteurs préconisent l'incision dans une petite étendue des tissus de l'enveloppe du kyste jusqu'à la paroi propre de ce dernier qui a dû être ponctionné préalablement si son volume est considérable. Puis il faut dégager progressivement à travers l'incision la membrane mince du kyste en la frottant avec de larges compresses pour la séparer nettement des tissus du ligament large avec lesquels la membrane kystique

n'est en connexions que par des vaisseaux d'un très faible calibre dont l'hémorragie s'arrête de suite, spontanément, si l'opération est bien conduite. Lorsque la membrane kystique est entièrement dégagée, il reste une simple cavité cruentée dont les parois s'accolent par première intention et qu'on abandonne au fond de l'excavation pelvienne. Si par mégarde on a intéressé le tissu conjonctif du ligament large ou des vaisseaux et qu'il y a lieu de craindre des accidents consécutifs, il importe de fixer dans l'incision abdominale, l'ouverture de la petite incision péritonéale qui a servi à dégager la membrane kystique et d'y placer un drain afin de laisser s'écouler les liquides qui pourraient s'accumuler, distendre la cavité du ligament large, cavité préalablement occupée par le kyste qui vient d'être enlevé, et donner lieu à des accidents graves. S'il ne s'écoule rien par le drain, on le retire et on laisse la plaie se cicatriser toute seule.

Il arrive quelquefois, surtout pour les kystes inclus, qu'il est très difficile d'enlever le fond de la poche kystique, adhérent au ligament large. Schröder, dans ces cas, après avoir réséqué une partie de la poche, fait une marsupialisation à la paroi abdominale, comme Kœberlé et Müller, puis « ...on termine en faisant passer un drain qui fait communiquer le fond du sac avec le vagin par le cul-de-sac postérieur ». Terrillon et Péan ont pratiqué cette manœuvre. Pozzi se contente du drainage abdominal, d'autres font un Mickulicz.

Quels sont les résultats de ces diverses opérations ?

Nous empruntons à la *Revue de Chirurgie* les conclusions de Terrier : « Les opérations incomplètes terminées par l'ouverture du kyste, la suture de ses parois à la plaie abdominale et le drainage, donnent des résultats fort différents suivant la nature de la tumeur kystique. Lorsque le kyste est uniloculaire, le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement. Quand le kyste est multiloculaire, lorsque ses parois offrent des végétations, les résultats sont très médiocres, la tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment. Enfin

la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement. »

Péan a recommandé aussi l'ablation de ces kystes par voie vaginale, c'est ce qu'il nomme la parovariotomie vaginale.

Il en trace ainsi la technique : « Je fixe, dit-il, le col de l'utérus avec une pince de Museux. J'incise le cul-de-sac latéral du vagin au niveau de la tumeur en ayant soin de pincer les vaisseaux saignants et de tenir écartées les lèvres de la plaie ou les valves de l'écarteur ou les pinces qui servent à l'hémostase; j'ouvre ensuite la poche et la vide, et si elle n'est pas trop adhérente, je la saisis avec des pinces à mors plats, dentées ou non; je l'attire en dehors et je ferme la plaie par suture. Si elle est trop adhérente, après avoir excisé la portion énucléable, je suture les lèvres de la paroi propre du kyste à celle du vagin, puis je place à demeure, dans la portion restante, un tube de caoutchouc; j'opère de la même manière de l'autre côté si le kyste est bilatéral. »

Bien que préconisée surtout pour les kystes intraligamentaires, cette méthode a été employée par Villard (de Lyon), pour un kyste pédiculé; il est vrai que le diagnostic porté avait été appendicite pelvienne avec abcès dans le Douglas. Il s'agissait, en réalité, d'un kyste tordu sur son axe et prolabé dans le cul-de-sac postérieur. Néanmoins l'extirpation du kyste après ponction préalable se fit « avec la plus grande facilité, son pédicule était constitué par la trompe utérine qui avait subi une torsion de 3 demi-tours de spire. Une pince fut laissée à demeure sur le pédicule. Les suites opératoires furent bonnes et la malade guérit ».

Malgré cela, nous croyons que cette voie vaginale n'est pas recommandable pour l'ablation des kystes paraovariens, car c'est une méthode aveugle et si l'extirpation de la tumeur se fait parfois aisément, on ne peut contrôler l'état des ovaires et nous avons vu que souvent ils sont lésés eux aussi, qu'ils sont le siège d'épanchements hémorragiques ou d'une dégénérescence sclérokystique, et par conséquent qu'il serait bon de les enlever aussi, à moins que la malade ne soit trop jeune, auquel

cas on se contentera d'une résection cunéiforme pour ne pas supprimer complètement la glande.

Notons enfin la possibilité du développement rapide d'une tumeur préexistante sur l'ovaire dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération par voie vaginale.

Donc, la parovariotomie par voie abdominale semble être le meilleur procédé opératoire, même dans le cas où la tumeur pédiculée et peu volumineuse est tombée dans le Douglas, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur, car, même dans ce cas, des adhérences ont pu se former autour du kyste, entre les anses intestinales, et il vaut mieux les libérer, d'autant plus qu'à l'heure actuelle, grâce à l'asepsie moderne, l'ouverture d'un ventre est une opération des plus bénignes et la laparotomie n'offre pas plus de dangers que la colpotomie.

Une autre question se pose : *Quand faut-il opérer ?*

Nous avons vu, en étudiant la symptomatologie, le mode de réaction de l'organisme pendant la crise de torsion. Ces réactions ne sont généralement pas excessives, de sorte que le mieux sera d'opérer à froid. On calmera momentanément la malade en conseillant le repos au lit, la diète et la glace sur le ventre pour atténuer la réaction péritonéale et on pourra opérer dès que tout sera rentré dans l'ordre. Cette temporisation, même prolongée, n'a aucun inconvénient. Le docteur Lacouture a opéré la malade du docteur Favreau quelques heures après sa crise. J.-L. Faure est intervenu treize mois après la dernière crise chez une de ses malades. Enfin, nous avons relevé dans les observations de Chaput, Herbaux, Sikora, des crises douloureuses séparées par *plusieurs années* d'intervalle. On voit donc que la marge est grande pour l'opérabilité. Cependant, il est bon de conseiller aux malades de se faire opérer dans les quelques semaines qui suivent leur crise, car elles ne sont pas à l'abri d'accidents de sphacèle, d'hémorragie, d'infection.

Dans 10 observations que nous avons pu rassembler, le chirurgien est intervenu pendant la crise ou dans les quelques heures qui ont suivi. Sur ces 10 observations, nous n'en rele-

vons qu'une seule où la malade ait succombé; il faut dire aussi que c'était une jeune accouchée faisant de l'infection puerpérale, de sorte qu'on ne peut préciser si la mort revient à cette dernière ou si elle est la conséquence de l'intervention. Dans les 9 autres cas, les malades ont complètement guéri.

Dans la pratique, on trouve parfois le cas suivant :

Une femme en état de gestation fait une crise de torsion pédiculaire d'un kyste du parovaire. Faut-il l'opérer ? Avec la majorité des médecins et des accoucheurs nous répondons : oui.

Car si, d'une part, le développement de la grossesse n'a pas de gros retentissements sur l'évolution du kyste, par contre celui-ci peut : soit être la cause d'un avortement (3 avortements dans le cas de Marshal) ou d'un accouchement prématuré (Bégouin et Fieux), soit gêner la présentation et l'engagement au cours du travail (Demons).

D'autre part, l'extirpation d'un kyste paraovarien ne gêne en rien l'évolution de la grossesse, témoins les observations de Hartmann, Chaput, Lund, dont les malades furent opérées respectivement au deuxième, deuxième et demi, quatrième mois de leur période de gestation, et celle-ci continua jusqu'à terme.

En résumé [et nous reproduisons ici les conclusions de la thèse de Pons : « Sur quelques interventions portant sur la zone génitale au cours de la grossesse »] : 1° Quand on a porté le diagnostic de kyste de l'ovaire ou du parovaire, de salpingite, d'appendicite, au cours de la grossesse, toutes affections capables de déterminer une péritonite, il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement, les traitements palliatifs et l'expectation donnant de plus mauvais résultats que l'opération;

2° La première moitié de la grossesse est la plus favorable aux interventions chirurgicales;

3° Au moment du travail, pour les kystes de l'ovaire et du parovaire, l'intervention chirurgicale reste le premier acte à accomplir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle et inédite).

Due à l'obligeance du professeur J. GUYOT.

M^{me} J..., 34 ans, vient me consulter dans le cours du mois de juin 1922 pour des douleurs dans le bas-ventre.

Sans antécédents héréditaires notables.

Enfance normale. A signaler rougeole et coqueluche dans la première enfance. Réglée à 14 ans. Règles irrégulières au début et douloureuses durant quatre, cinq jours. Mariée à 24 ans. Une seule grossesse à 26 ans, accouchement normal, enfant vivant. Pas de fausse couche.

Histoire de la maladie. — Depuis cinq, six mois, M^{me} J... éprouve des douleurs dans le bas-ventre et présente des règles moins abondantes qui ne durent que deux à trois jours.

Le mois précédent, crise douloureuse violente, avec vomissements et douleurs localisées du côté droit. Un médecin appelé conseille le repos au lit, la diète et glace sur le ventre. La crise se calme et la malade se lève au quinzième jour.

A partir de cette crise, une douleur persiste dans le bas-ventre, à droite. Constipation opiniâtre.

Examen. — Il s'agit d'une jeune femme de bonne apparence générale et d'adiposité moyenne. Le ventre est ballonné mais symétrique. A la palpation, résistance à droite où l'on trouve de l'empâtement, de la douleur provoquée et une certaine défense de la paroi.

Par le toucher combiné au palper : Col normal, utérus un peu gros mais régulier, rejeté nettement à gauche.

A droite, cul-de-sac effaré par une masse arrondie, nettement fluctuante et douloureuse.

Il ne s'agit pas d'un pyosalpinx vu l'état du col et l'absence de pertes blanches. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.

Opération. — Quelques jours après cet examen, la malade entre à la maison de santé et ayant gardé la glace sur le ventre.

On pratique sous anesthésie au mélange de Schleich une laparotomie sous-ombilicale par incision médiane.

Dès le ventre ouvert, on constate l'existence d'adhérences autour d'un kyste du volume du poing qui se dégage progressivement.

Le pédicule présente deux tours de torsion. Le kyste est uniloculaire, à parois très minces. Il s'agit d'un kyste du parovaire à pédicule tordu. Annexes opposées saines.

Suites normales sans incidents.

La malade quitte la maison de santé le vingtième jour et, revue depuis, elle est restée guérie, ayant des règles régulières et ne souffrant plus du ventre.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance du professeur LÉGOVIN.

M^{me} B..., 42 ans. Vient à l'hôpital pour menstruations irrégulières qu'elle éprouve depuis deux ans.

En 1924, deux arrêts temporaires des règles durant chacun cinq mois. Aménorrhée depuis mars 1925 (nous sommes au 24 octobre 1925) coexistant avec quelques troubles fonctionnels vagues : asthénie légère, douleurs dans la fosse iliaque et le flanc gauches exagérées par l'effort.

Depuis août 1925, l'attention est attirée par la présence d'une tuméfaction sous-ombilicale à maximum de développement du côté gauche et dont l'augmentation de volume est rapide. Dysurie concomitante. Constipation. Pas d'œdème.

A signaler dans les antécédents une grossesse normale et une fausse couche datant de quatre ans.

Examen. — Le 23 octobre 1925, augmentation de volume de l'abdomen dans son segment sous-ombilical.

Tuméfaction arrondie médiane remontant au voisinage de l'ombilic avec ligne brune.

A la palpation : Tumeur plongeant dans le pelvis et dont la consistance nettement rénitente présente des inégalités dans la fosse iliaque gauche et droite.

Toucher : Latéro-déviation utérine droite avec col ramolli rétro-symphysaire. On constate :

1° L'existence d'une tumeur fluctuante bombant dans le cul-de-sac postérieur du vagin, enclavée dans le pelvis et du volume d'une tête fœtale ;

2° D'une tumeur abdominale mobilisable sur la première suivant les mouvements imprimés au corps utérin, de consistance rénitente et du volume du poing.

Diagnostic. — Se posait entre : 1° fibrome utérin et grossesse ; 2° fibrome utérin et fibrome du ligament large ; 3° kyste inclus du ligament large gauche et fibrome utérin coexistant. On penche plutôt pour ce dernier diagnostic.

Opération. — Le 27 octobre 1925, en incisant, on fait attention à la vessie, mais celle-ci moins haute que l'examen clinique ne l'avait fait prévoir, on peut faire l'incision totale en haut et, réclinant en bas la vessie, inciser la partie basse.

Le péritoine ouvert, on aperçoit la tumeur recouverte d'un feuillet péritonéal. Le ligament rond étiré et la trompe gauche passent en écharpe à la partie supérieure de la tumeur. L'utérus est normal, à droite de la tumeur.

Au pôle supérieur droit, on constate que la tumeur est libre et on sectionne à partir de ce point sur la partie supérieure, environ 8 à 10 centimètres. La main introduite permet l'attouchement de la tumeur pédiculée à sa partie externe droite.

Annexectomie gauche : On laisse l'utérus et les annexes droits. Appendicectomie complémentaire.

Diagnostic. — Kyste du ligament large gauche avec fausse inclusion partielle, à pédicule tordu, et hémorragie intracavitaire.

Anatomie pathologique. — Le kyste est rempli de liquide héma-

tique, sang noir un peu clair. Mélange de l'hémorragie et du liquide kystique. Dépôt considérable de fibrine sur la paroi interne de la poche. Quant à la paroi elle-même, elle est intacte, sans hémorragie intratissulaire.

Suites normales apyrétiques. Guérison le 19 novembre 1925.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance du docteur FAVREAU.

Marthe X..., 31 ans, bonne à tout faire, nullipare, est prise subitement, le 12 septembre 1925, à 16 heures, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Les phénomènes douloureux sont tels qu'elle frise la syncope et persistent jusqu'au moment de l'intervention.

Seuls antécédents pathologiques à retenir : Au cours d'une grippe, en 1922, cette femme a souffert un peu du côté droit de son bas-ventre. Elle dit même avoir senti à ce moment-là, sous les efforts de la toux, une petite tumeur arrondie dans son ventre ; elle croyait avoir une hernie.

La tumeur a disparu dans la suite, mais il y avait une sensibilité du côté droit de l'abdomen.

Réglée à 12 ans, elle l'est régulièrement, pendant quatre-cinq jours, tous les vingt-huit jours. Ses dernières règles remontent au mois dernier.

C'est une paysanne forte, jouissant d'une santé parfaite.

L'examen a lieu quelques heures après le début de la crise ; la malade accuse des coliques très violentes et vomit comme dans une crise péritonéale ordinaire, mais sans température.

La malade étant étendue, le palper, qui est douloureux, dénote une forte défense musculaire du côté droit siégeant exactement au point de Mac Burney. On pense alors à une appendicite.

Mais le toucher combiné au palper montre un col plaqué contre la symphyse pubienne, légèrement à gauche. Il paraît se continuer en arrière avec une tumeur rénitente, arrondie, régulière, du volume d'une tête de fœtus. On ne peut délimiter l'utérus qui est déplacé en

avant et un peu latéralisé à gauche. On a au doigt la sensation d'un utérus gravide avec phénomènes d'incrustation.

Devant ces anamnistiques : douleurs violentes, absence de fièvre, régularité des règles, incrustation de cette tumeur rénitente, on porte le diagnostic de *kyste* (sans spécifier : ovaire ou parovaire) à pédicule tordu et enclavé dans le pelvis.

On décide d'opérer la malade d'urgence; l'opération a lieu sept heures après le début des accidents.

Laparotomie médiane : On trouve en faible quantité une sérosité claire dans la cavité abdominale.

On découvre tout de suite une tumeur du volume d'une tête de fœtus enclavée dans le petit bassin, et que l'on peut amener au dehors par traction sur la trompe qui cravate la tumeur.

Celle-ci extériorisée, on voit son pédicule tordu d'un tour et demi et l'ovaire en dehors de la torsion, avec les franges ovariennes à côté, elles-mêmes ne participant pas à la torsion.



CONCLUSIONS

I. — La torsion pédiculaire est une complication rare des kystes paraovariens dont le pédicule large se prête exceptionnellement à cet accident.

II — Le contenu ordinairement clair et limpide est souvent modifié dans sa consistance et sa couleur par les hémorragies intrakystiques qui accompagnent la torsion. Il devient plus épais et coloré jusqu'au brun noirâtre suivant la quantité de sang épanché.

III. — La paroi kystique est également le siège de petites taches ecchymotiques dues à la congestion produite au moment de la rotation du kyste.

IV. — Parce qu'un kyste né dans le pelvis est multiloculaire et à contenu visqueux, ne pas rejeter l'idée d'un kyste paraovarien. Penser à la possibilité d'un kyste papillaire.

V. — Le tableau clinique est généralement peu grave et reproduit le syndrome souvent atténué de la torsion pédiculaire : douleurs vives, vomissements, réaction péritonéale.

VI. — L'ablation chirurgicale par voie abdominale reste le procédé idéal de la cure radicale. On fera, dans la majorité des cas, une opération conservatrice.

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 30 novembre 1925.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINI. — Thèse Montpellier, 1919.
- BALFOUR-MARSHALL. — *Archiv. mensuelles d'obstét. et de gyn.*, 1915.
- BARON. — Torsion des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1898.
- BÉGOUIN. — Précis de pathologie chirurgicale.
- BÉGOUIN et FIEUX. — Soc. gyn. et obst. de Bordeaux, 1897.
- BINAUD. — *Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1896.
- BOUILLY. — *La Gynécologie*, 1898.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie.
- CASTANEDA. — Kystes du ligament large. Thèse Paris, 1882.
- CHAVANNAZ. — Société gyn. et obst. de Bordeaux, 1895-1897-1903.
- CORTIGUERA. — *Medica de Salamenca. Ann. de gyn. et d'obst. de Madrid*, 1896.
- EDELBOHS. — Migrated ovarian and parovarian tumors. *Medical Record*, 18 août 1901.
- FORGUE et MASSABAU. — *La Gynécologie*.
- GAUTREZ. — De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. Thèse Paris, 1884.
- KOEBERLÉ. — Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et le cas de kyste inclus dans le ligament large. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1885.
- LACOUTURE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906.
- LANCE. — *Semaine médicale*, 29 août 1903.
- LANNELONGUE. — Leçons cliniques.
- LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Trad. Olivier, 1886.

- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- LÉRIVAIN. — Thèse Paris, 1903.
- LOUBAT. — Torsion d'un kyste parovarien après la ménopause.
Bull. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 1923.
- MARTIN. — Des kystes ovariens et parovariens inclus. Thèse Montpellier, 1919.
- MÉRIEL. — *Toulouse médical*, 1909.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs du bassin et de l'abdomen.
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RAIMONDI. — Des kystes du ligament large. Thèse Paris, 1896.
- RIOMS. — Thèse Bordeaux, 1906.
- SIKORA. — *Presse médicale*, 1903.
- TÉDENAT. — *Montpellier médical*, 1894.
- TERRIER. — *Bulletin et mémoires de la Soc. de chir. de Paris*, 1883.
- TOURNEUX. — Précis d'embryologie.
- TOURNEUX et LAGARDE. — *Toulouse médical*, 1910.
- VAUVERTZ. — *Ann. gyn. et obst.*, 1905.
- VERNEUIL. — *Mémoires de la Soc. de chirurgie*, t. IV, 1852.
- VILLARD. — Kyste du ligament large. Torsion. Ablation par voie vaginale. *Semaine gynécologique*, 1905.

